



хрестоматия

серия

Клиническая психология

Санкт-Петербург

Москва • Харьков •

Минск 2000

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Серия «Хрестоматия по

психологии» Составитель Н.

В. Тарабрина

Главный редактор
Заведующий психологической
редакцией
Зам. зав. психологической редакцией
Ведущий редактор
Корректор
Художник обложки
Верстка

В. Усманов
Л. Зайцев
Н. Мигаловская
А. Борин
Т. Брылева
В. Королева
И. Чеботаева

ББК 88.481я7 УДК 159.9:614.253(075)

К49 Клиническая психология / Сост. и общая редакция Н. В. Тараб-риной. — СПб.: Питер, 2000. — 352 с. — (Серия «Хрестоматия по психологии»).

ISBN 5-272-00153-2

Клиническая психология в настоящее время является самой востребованной обществом областью психологической науки. Смена названия с медицинской психологии на клиническую отражает начавшийся в последнее десятилетие процесс ее интеграции в мировую психологию, процесс, который сопровождается дискуссиями о методах и программах подготовки клинических психологов, а главное о том - в какой форме психологи могут принимать участие в психотерапии. Бесспорным па сегодняшний день является признание того, что клиническая психология должна в полном объеме входить в программу подготовки психотерапевта.

В настоящей хрестоматии представлены работы ведущих отечественных психологов по проблемам клинической психологии и психотерапии, а также статьи зарубежных авторов, посвященные психологии посттравматического стресса. Хрестоматия предназначена для студентов, аспирантов и преподавателей факультетов психологии и медицинских вузов.

© Тарабрина Н. В., составление, 2000

©Серия, оформление. Издательский дом «Питер», 2000

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

ISBN 5-272-00153-2

Лицензия ИД № 01940 от 05.06.2000.

Налоговая льгота - общероссийский классификатор
продукции

ОК 005-93, том 2; 95 3000 - книги и брошюры.

Подписано к печати 22.08.2000 г. Формат 84х108'/з2- Усл.
п. л. 21,84. .

Тираж 7000. Заказ № 683.

ЗАО «Питер Бук». 196105, Санкт-Петербург, ул. Благодатная,
67.

Отпечатано с готовых диапозитивов в ГИПК «Лениздат»
(типография им. Володарского) Министерства РФ по делам
печати,
- телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.
191023, Санкт-Петербург, наб. р. Фонтанки, 59.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие составителя	
5	

РАЗДЕЛ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРИКЛАДНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ.....

7

<i>Ломов Б. Ф., Тарабрина Н. В.</i> Медицина и психологическая наука	8
<i>Бассин Б. Ф.</i> Проблема специфического и неспецифического характера отношений между аффективным конфликтом и клиническим синдромом.....	20
<i>Кречмер Э.</i> Медицинская психология. Практическая врачебная психология.....	38
<i>Выготский Л. С.</i> Психология и учение о локализации психических функций	51
<i>Соколова Е. Т.</i> Расщепление образа телесного Я в структуре пограничной личности у лиц с пищевыми аддикциями	61
<i>Ганнушкин П. Б.</i> Сладострастие, религия и жестокость.....	84

РАЗДЕЛ 2. НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ.....

101

<i>Лурия А. Р.</i> Функциональная организация мозга....	102
<i>Хамская Е. Д.</i> Теория системной динамической локализации высших психических функций	134
<i>Хомская Е.Д.</i> Проблема факторов в нейропсихологии	150
<i>Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А.</i> Современные представления о мозговой организации высших психических функций и основные принципы нейропсихологической диагностики	166

РАЗДЕЛ 3. ПАТОПСИХОЛОГИЯ

178

<i>Поляков Ю. Ф.</i> Теоретико-методологические проблемы патопсихологии	179
<i>Зейгарник Б. В.</i> Значение патопсихологических исследований для вопросов общей психологии	196
<i>Рубинштейн С. Я.</i> Основные принципы построения патопсихологического эксперимента.....	206

**РАЗДЕЛ 4. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ
И ПСИХОТЕРАПИЯ**

.....	211
<i>Мясищев В. Н.</i> Психотерапия как система средств воздействия на психику человека в целях восстановления его здоровья.....	212
<i>Карвасарский Б. Д.</i> Групповая психотерапия: значение и перспективы использования в комплексном лечении больных неврозами	227
<i>Кабанов М. М.</i> Некоторые методологические и методические вопросы реабилитации больных	231
<i>Карвасарский Б. Д.</i> Психотерапия в России: ретроспектива и задачи дальнейшего развития	243
<i>Исурина Г. Л.</i> Задачи и механизмы лечебного действия личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии в свете разработки интегративной модели	250

**РАЗДЕЛ 5. ПРОБЛЕМЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО
СТРЕССА**

.....	262
<i>Брусиловский Л. Я., Брухаиский Н. П., Сегалов Т. Е.</i> Крымское землетрясение как этиологический фактор невропсихического травматизма	263
<i>Кулка Р. А., Шленгер В. Е.</i> Методология и методы эпидемиологического изучения посттравматического стрессового расстройства.....	278
<i>Питман Р., Шалев А, Орт С.</i> Посттравматическое стрессовое расстройство: эмоции, обусловливание и память.....	306
<i>Тарабрина Н. В.</i> Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов-инвалидов (участников боевых действий).....	325

ПРЕДИСЛОВИЕ СОСТАВИТЕЛЯ

За последнее десятилетие опубликовано огромное количество литературы по психологии, и значительную ее долю составляют книги, которые с разной степенью приближенности можно отнести к тематике клинической психологии. По большей своей части это переводная литература. Наше поколение психологов, учившихся в 60-е, завистливо вздыхает, глядя на прилавки книжных магазинов и вспоминая очередь на единственный томик Фрейда в Публичной библиотеке. Но, однако же, мы вспоминаем и замечательные лекции Б. Г. Ананьева и В. М. Мясищева, открывающих нам всемирную психологию вопреки духу времени, когда это совершенно не поощрялось.

До последних лет область психологической науки, возникшей на стыке медицины и психологии, носила название медицинской психологии. Совсем недавно эта дисциплина была переименована в клиническую психологию. Специалисты относятся к такому переименованию по-разному: одни считают, что это добрый знак, свидетельство бурно протекающего процесса интеграции с мировыми достижениями в области клинической психологии; другие высказывают опасение, что подобное переименование учебной дисциплины может снизить удельный вес отечественных разработок в программах обучения будущих психологов и что вообще произойдет утрата оригинальных и во многом действительно уникальных научных достижений, входивших в ту область психологии, которая называлась медицинской. Опасения последних отчасти оправданы, ибо, как показывает практика, некоторые, особенно вновь созданные факультеты и институты психологии, обучают студентов по программам, не включающим работы отечественных медицинских психологов. Отчасти данный факт объясняется отсутствием соответствующей литературы, и настоящая хрестоматия призвана восполнить этот пробел. В нее вошли основные теоретико-методологические работы по медицинской психологии, при этом мы старались не повторять статьи, которые уже опубликованы в предыдущих изданиях этой же серии или в других недавно вышедших книгах.

Как медицина, так и психология находятся в непрерывном процессе дифференциации и интеграции знаний, получаемых в теоретических исследованиях и практических работах. При этом медицинские и психологические науки, имея один и тот же объект изучения и практического приложения добываемых знаний — человека, образуют закономерную сферу взаимодействия, порождая широкий круг медико-психологических проблем. Основное положение медицины — о необходимости лечить не болезнь, а больного — требует не только знаний о биологии и физиологии человеческого организма, но и понимания человеческой психики. Единство клинического и психологического подходов является основополагающим принципом лечения больного человека.

Для клинической психологии на современном этапе ее развития в нашей стране особенно важно не только интегрировать достижения зарубежной психологии, но также сохранить и заново осмыслить те уни-

Предисловие

кальные направления, которые развивались отечественными психологами. Речь идет прежде всего о пато- и нейропсихологии, тех разделах медицинской психологии, которые несомненно относятся к числу уникальных направлений, в рамках которых получено множество данных, раскрывающих закономерности нарушенной структуры психических процессов и свойств личности при разных видах патологии мозга.

Отрадно, что основные монографии по патофизиологии в последние годы переизданы. Однако мы сочли необходимым включить фрагменты из них в настоящую хрестоматию отчасти для того, чтобы пробудить интерес к этим исследованиям. То же самое можно сказать и по поводу статей и фрагментов книг, посвященных нейропсихологии, а точнее, ее основам — теории системной динамической локализации высших психических функций.

Следующий блок работ в хрестоматии касается проблем психотерапии и реабилитации, представленных в современной лечебной практике множеством форм и методов. В истории развития отечественных направлений психотерапии особое и важное место занимает патогенетическая психотерапия В. Н. Мясищева, ей безусловно принадлежит ведущая роль в понимании и лечении психогенных заболеваний. Это направление творчески и продуктивно развивают его ученики. Развитие теоретических основ психотерапии — одно из основных направлений в клинической психологии, что и объясняет включение этой группы работ в настоящую хрестоматию.

Не менее значим вклад клинической психологии в развитие исследований по проблеме реабилитации, что не всегда очевидно для практического здравоохранения. Между тем реабилитация — это та область общественной практики, в которой клинико-психологические знания являются основополагающими.

Завершают хрестоматию работы, посвященные последствиям переживания человеком сверхэкстремальных ситуаций, которые в зарубежной психологии обозначены как травматические, т. е. способствующие возникновению тяжелой психической травмы, ведущей в ряде случаев к возникновению посттравматического стрессового расстройства. Исследования в этом чрезвычайно актуальном направлении в нашей стране ведутся сравнительно недавно, поэтому мы сочли необходимым включить переводы работ наиболее известных исследователей этой проблемы. Этим статьям предшествуют фрагменты книги, посвященной результатам наблюдений клиницистов за лицами,

пережившими Крымское землетрясение 1927 года. Эта работа прекрасно иллюстрирует богатые потенциальные возможности отечественных исследований, к сожалению, не развивавшихся в силу известных социальных установок тотального замалчивания трагических сторон человеческого существования.

I

Теоретические и прикладные проблемы клинической психологии

Основные темы и понятия раздела

- Медицина и психологическая наука
- Проблема специфического и неспецифического характера отношений между аффективным конфликтом и клиническим синдромом
- Психология и учение о локализации психических функций
- Расщепление образа телесного Я в структуре пограничной личности

Ломов Б. Ф., Тарабрина Н. В.

МЕДИЦИНА И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ НАУКА¹

Поскольку объектом деятельности и предметом исследования в медицине является человек, постольку решение большинства задач, возникающих в медицинской теории и практике, предполагает использование данных всего комплекса наук о человеке, и особенно психологии, занимающей в нем центральное место. Следует отметить, что современная психология, равно как и медицина, представляет собой довольно разветвленную систему знаний, включающую несколько десятков специальных научных дисциплин. Одни из них отражают связь психологии с общественными науками (социальная, педагогическая психология, психолингвистика и др.), другие — с естественными (психофизика, психофизиология, психобиохимия), третьи — с техническими (инженерная психология). Дифференцированность психологической науки создает значительную сложность для синтеза получаемых данных, в силу чего прогресс в достижении комплексного и целостного знания о человеке может быть достигнут только на основе развития связей между самими специальными психологическими дисциплинами. Независимо от того, на стыке каких наук, общественных, естественных или технических, возникла та или иная отрасль психологической науки, она с неизбежностью обращается к достижениям других психологических дисциплин, а в конечном итоге — ко всему спектру основных проблем психологии (Ананьев, 1968; Ломов, 1979; Забродин, 1980; Кузмин, 1980).

Аналогичный процесс дифференциации и интеграции медицинских знаний происходит в системе медицинских наук. Таким образом, медицинские и психологические науки, имея один и тот же объект изучения и практического приложения добываемых знаний — человека, образуют закономерную сферу взаимодействия, порождая широкий круг медико-психоло-

Статья из монографии: Общественные науки и здравоохранение / Под ред. И. Н. Смирнова. — М: Наука, 1987, — С. 172-184. Печатается с сокращениями.

гических проблем. Основное положение медицины о том, что врач должен лечить не болезнь, а больного, требует знания не только биологических и физиологических особенностей человеческого организма, но и человеческой психики. К такому единству клинического и психологического подходов стремились в своей лечебной практике многие выдающиеся медики. Большинство известных клиницистов своего времени блестяще зарекомендовали себя в области психологии, некоторые из них основывали целые направления в психологической науке (В. М. Бехтерев, З. Фрейд, В. Н. Мясищев и др.).

Психологические проблемы, возникающие во врачебной практике, надолго привлекли внимание специалистов разного профиля. Однако, несмотря на исторически сложившееся понимание этих вопросов, специальная научная дисциплина, задачей которой являлось бы решение медико-психологических проблем, сформировалась сравнительно недавно. В отечественной науке первоначально зародилась и стала самостоятельной патопсихология, в задачу которой входило изучение нарушений психических процессов и личности при психических заболеваниях (Лебединский, Мясищев, 1968; Зейгарник, 1976). Патопсихология достигла в нашей стране значительных успехов, и сейчас стало ясно, что именно ее достижения, а также успехи психологической науки в целом определили становление специальной психологической дисциплины — медицинской психологии, которая развивается во взаимодействии медицинских и психологических наук, способствуя совершенствованию целостного системного подхода к больному человеку (Шорохова, 1978; Ломов, 1984).

Комплекс проблем, стоящих перед медицинской психологией, охватывает многие проявления и отклонения в человеческом поведении. Важное место среди них занимает проблема влияния заболеваний на психику человека и его поведение. Что касается психических заболеваний, то суть болезни связана с нарушениями психики: памяти, внимания, речи и мышления, т. е. с изменениями свойств личности. В патопсихологических исследованиях показана специфичность изменений психических процессов и личности при различных формах нервно-психических расстройств (Зейгарник, Братусь, 1980).

При этом стало возможным разработать комплекс психологических методик, которые позволяют осуществить психологическую диагностику этих нарушений, что существенно облегчает постановку клинически точного диагноза психического заболевания.

Многочисленные наблюдения и специальные исследования показывают, что нарушения человеческой психики возникают не только при психических, но и при соматических заболеваниях. Широко известны проявления эйфории и лихорадочной работоспособности у больных туберкулезом в поздних стадиях его развития. Такого рода факты некоторые клиницисты связывают с недостаточным газообменом. Дело в том, что и у здоровых людей при подъеме в горы, вызывающем недостаточный газообмен, иногда также возникает эйфорическое состояние. Определенные психические изменения сопутствуют различным хроническим заболеваниям. Так, холемия (поступление желчи в кровь) вызывает чувство подавленности, тоскливое настроение, угнетение интеллектуальных функций. Еще В. А. Гиляровский обратил внимание на связь хронических заболеваний печени и склада характера («желчный» характер), а современные клиницисты образно именуют печень «органом тоски» (Гиляровский, 1938). Однако феноменологическое описание подобного рода связей между обменными процессами и психическими особенностями мало что дает для понимания возникновения и формирования субъективных реакций на организменные поломки. Кроме того, остается открытым вопрос: всегда ли сходные нарушения обмена вызывают одинаковые по силе и модальности психические изменения у разных людей? Есть основания считать, что это не так, и тогда возникает следующий вопрос: какие факторы противостоят развитию этих изменений у отдельных индивидов?

Поскольку на возникновение изменений психики при заболеваниях оказывают влияние сложные комплексы биологических, экологических, психологических и социальных факторов, то задача по выявлению и формулировке собственно психологических факторов чрезвычайно актуальна для медицинской психологии. На современном этапе развития науки требуются фундаментальные теоретико-экспериментальные исследования, направленные на поиск закономерностей, кото-

рые определяют качественные изменения психики при различных соматических заболеваниях. Решение этих, по существу медико-психологических, вопросов во многом зависит от результатов таких психологических дисциплин, как дифференциальная психофизиология и психобиохимия. Всякая длительно и тяжело протекающая болезнь, ослабляя организм, приводит к изменению работы физиологических систем, обеспечивающих психические процессы, создавая, как правило, фон, на котором гораздо легче возникают невротические реакции (Зейгарник, 1976; Карвасарский, 1982). Тем самым болезнь отражается в переживаниях больного, формируя «внутреннюю картину болезни», структура которой зависит от различных

факто
ров,
среди
котор
ых
индив
идуал
ьные
особе
нност
и лич
ности,
интел
лекту
альны
й и
культ
урный
урове
нь
больн
ого, а
также
сложн
ившая
я
систе
ма
взаим
отно
шений
«врач
—
боль
ной»
играю
т
ведущ
ую
роль.
Кроме
того,
значи
тельн
ое
влия
ние на
струк
туру
«внут
ренне
й
карти
ны
болез
ни»
оказы
вает
ближа
йшее
социа
льное
окруж
ение
больн

ого — родственники, друзья, коллеги. Так, гиперопека, чрезмерное внимание к болезни и ее симптомам со стороны родственников тревожно-мнительного пациента могут усиливать фиксацию больного на собственных переживаниях, способствовать «уходу в болезнь», ухудшая его состояние, или, напротив, вызывать негативное отношение к лечению у агрессивных личностей. Последнее подтверждает мнение о необходимости определенной психологической коррекции также и родственников больного, что получило свое отражение в некоторых формах семейной терапии (Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях, 1978). Несмотря на то, что актуальность этих вопросов не вызывает сомнений, развитие экспериментально-психологических исследований уровня осознания больным своей болезни, закономерностей формирования и структуры «внутренней картины болезни» отстает от имеющихся потребностей. Думается, что психологи должны чаще обращаться к результатам врачебной практики, поскольку обобщение и анализ непосредственных клинических наблюдений наряду с результатами специально организованных психологических исследований позволяют значительно обогатить теорию и практику как медицины, так и психологии.

Важным принципом медико-психологических исследований, в том числе изучения влияния болезни на психику человека, выступает системный анализ сложных опосредствовании психики человека его деятельностью, общением с другими людьми, образом жизни в целом. Изменения в психике человека и его поведении, вызываемые болезнью, опосредствованы прежде всего личностными особенностями, системой его отношений, их целостностью, уровнем его развития, темпераментом, структурой его мотивационной сферы. При этом важное для психологии обстоятельство составляет тот факт, что болезнь, оказывая влияние на психику, зачастую как бы приоткрывает, обнажает те ее стороны, которые при здоровом ее функционировании особенно трудно исследовать. Так, в обычной жизни порой бывает трудно определить мотивы и формы деятельности данного человека, а при заболевании они нередко обнажаются.

Взаимообусловленность психологических особенностей больного и характеристик его заболевания наглядно проявляется на примере изучения формирования характерологических черт больного эпилепсией. Известно, что для большинства такого рода больных характерным является педантичность и ханжество, сочетание елейности и жестокости. В ходе психологического исследования одного больного выяснилось, что первый эпилептический припадок случился с ним в детстве во время учебы в школе и сопровождался непроизвольным мочеиспусканием. Припадок напугал детей, но вместе с тем у них возникло и определенное отношение к больному ребенку. Они стали его дразнить и не хотели с ним играть. Для того чтобы участвовать в детских играх, он придумывал разные уловки, стал «подлизываться» к другим детям. Такой стиль поведения стал устойчивым по отношению к сверстникам и в конце концов сформировал елейность в обращении с людьми. Вместе с тем продолжающиеся насмешки в его адрес способствовали закреплению в нем жестокости, которая также стала устойчивой чертой его характера. Таким образом, причиной ханжества послужила не сама болезнь, а те изменения в отношениях с другими людьми, которые возникли в связи с болезнью. Представляется, что формирования подобных черт характера можно избежать (и в жизни иногда это имеет место) при наличии

соответствующей социально-психологической среды, в которой воспитывается больной ребенок. Приведенный пример — лишь одна из иллюстраций того, каким образом медико-психологические проблемы смыкаются с социально-психологическими и педагогическими.

Другой пример показывает, как формируется иная черта характера эпилептика — педантизм, обусловленная прежде всего ослабленностью и инертностью нервных процессов при этой болезни, что создает определенные трудности в выполнении деятельности, особенно требующей частых переключении внимания (Кабаченко, 1976). В результате этих трудностей у больного эпилепсией формируется своеобразный компенсаторный механизм — образуется определенный стереотип действий, которому он должен строго следовать (иначе он может сбиться). Впоследствии появляется тяга к однообразным монотонным действиям, которая постепенно генерализуется на все поведение больного, формируя педантичную личность.

Обсуждая проблему влияния заболеваний на психику, следует иметь в виду, что исследователи и практики в большинстве случаев получают факты и делают теоретические обобщения на клиническом материале. При этом результаты, в которых при аналогичных заболеваниях не отмечается выраженных изменений психики, остаются без внимания. Между тем одно из направлений медико-психологических исследований заключается именно в сопоставлении этих групп людей, так как выяснение комплекса факторов, противостоящих патогенному воздействию заболевания на поведение и психику человека, определение личностных параметров устойчивости к болезни могут сыграть ведущую роль в развитии комплекса профилактических мероприятий.

Другой проблемой является исследование влияния психики на возникновение, течение и лечение заболеваний. Значение психического фактора в этиологии болезни особенно наглядно обнаруживается при рассмотрении так называемых психогенных расстройств, среди которых особое место составляют неврозы — значительная часть всей группы нервно-психических расстройств. Изучение характера этого заболевания привлекает внимание специалистов самых разных профилей — биохимиков, физиологов, психологов, медиков и социологов.

Разработанная в 30-40-е гг. В. Н. Мясищевым патогенетическая концепция неврозов основана на им же созданной теории отношений личности (Мясищев, 1960). Эта концепция дает возможность показать, что клинические формы неврозов являются результатом нарушения особенно значимых отношений человека, ведущего к образованию внутриличностного конфликта, тип которого соотносится с основными формами неврозов. Последователи патогенетической концепции неврозов творчески развили это учение. В частности, весьма плодотворна попытка рассмотрения невроза в качестве одной из моделей хронического эмоционального стресса и комплексного психобиохимического его исследования (Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека, 1976). Многочисленные исследования неврозов в итоге привели к пониманию сложного характера их обусловленности и в то же время убедительно подтвердили, что ведущим этиологическим фактором неврозов является психологический. Следовательно, он же играет определяющую роль в их лечении и профилактике. Эффективность этого подхода следует подчеркнуть особо, так как в истории отечественной и зарубежной медицины не всеми разделялся взгляд на психогенную природу неврозов.

Гораздо менее исследована роль психического фактора в возникновении других психических расстройств. Эта проблема во многом была и остается дискуссионной, хотя большинство исследователей склоняются к мнению, что в возникновении «больших» психических недугов типа шизофрении и маниакально-депрессивного психоза психотравмирующие обстоятельства играют «запускающую» роль, а социально-психологическое окружение, условия жизни и воспитания значительно влияют на протекание самого заболевания и его исход.

Изучение психических изменений при различных соматических заболеваниях и исследование роли психического фактора в возникновении психических расстройств получают отражение в «психосоматическом» направлении медицины. Зародившись в недрах психоанализа, эта область медицины претерпела значительную трансформацию, оформившись в его антропологическое направление. Впоследствии усилия сторонников этого подхода сосредоточились на поисках «личностных профилей», в особенностях которых пытаются

выявить предрасположенность к возникновению той или иной соматической болезни. Так были созданы профили личности больных язвенной болезнью желудка, бронхиальной астмой, гипертонической болезнью и др. Результаты этих многочисленных исследований оказались крайне противоречивыми и носили скорее отрицательный характер. В отечественных исследованиях этой проблемы, которая начала экспериментально разрабатываться сравнительно недавно, достигнуты определенные результаты. Например, разработаны психосоматические системы риска заболеваний ишемической болезнью сердца и язвенной болезнью, показано, что специфическим в этих системах являются целостные психосоматические синдромы, в которые включены как формы эмоционального реагирования, так и их биохимические основания (Зайцев, 1980; Губачев, Стабровский, 1981).

Комплексное исследование сложных психосоматических проблем является плодотворным подходом, при этом актуальной задачей медицинской психологии остается выделение собственно психологических аспектов взаимосвязей психического и соматического. Большое значение для понимания этих взаимоотношений имеют исследования по изучению психологического стресса. Хорошо известна индивидуальная вариабельность на различные стрессоры. В одних случаях наблюдается тормозная реакция, выражающаяся в замедлении темпа умственных операций, нарушениях переключения внимания, затруднениях в формировании новых навыков или перестройке старых, в других — может увеличиваться темп работы одновременно с увеличением числа ошибок, в третьих — стрессор может вызвать генерализованный эффект: повышается общее возбуждение, но вместе с тем снижается темп работы, увеличивается количество ошибок, возникает дискоординация движений.

Своеобразной моделью изучения измененного психического состояния могут быть исследования, проводимые в условиях длительной изоляции человека от привычных условий. Так, в условиях эксперимента, требовавшего длительного пребывания испытуемого в изоляции, наблюдатели заметили, что он начал вести себя несколько странным образом: что-то измерял, записывал. Потом выяснилось, что он исследовал пыль и даже написал трактат «О пыли» почти на 100 страницах. Это

занятие казалось ему серьезным. По завершении эксперимента он вначале испытывал чувство стыда, выкинул рукопись, а потом стал сам над собой подшучивать.

В комплексе медико-психологических задач особое место занимает проблема алкоголизма, большую роль в развитии которого наряду с другими играют социально-психологические факторы. Как отмечают Б. В. Зейгарник и Б. С. Братусь, «особое, сверхценное отношение пьющих людей к алкоголю не может быть понято исходя лишь из каких-то особых, эйфоризирующих качеств этилового спирта, как нередко представляется в психиатрической литературе» (Зейгарник, Братусь, 1980). У здорового, нормального человека алкоголь не является самостоятельной потребностью, и если он употребляется, то в связи с другими человеческими потребностями общения, отдыха как наиболее легкий способ снятия нервно-психического напряжения. При заболевании алкоголизмом трансформируется вся структура потребностей, доминирующую роль начинает играть потребность в алкоголе, которая подчиняет все другие. <...> В современных условиях чрезвычайно важно изучение роли психического в качестве фактора, противостоящего возникновению и течению заболеваний.

Всем хорошо известен и часто цитируется афоризм Ювена-ла: «Здоровый дух в здоровом теле» (*Mens sana in corpore sana*). В нем выражена идея гармонического развития человека, где ведущая роль, как правило, признается за физическим здоровьем. На деле это изречение подчеркивает единство соматического и психического. Действительно, физической стороне человека до сих пор уделялось и уделяется значительно больше внимания, чем психической. Между тем психика человека — это фактор, не только способствующий возникновению болезни, но и обеспечивающий устойчивость по отношению к ней, повышающий сопротивляемость и борьбу с болезнью. Такие свойства личности, как критичность, направленность, устойчивость ценностных ориентации, эмоционально-волевая устойчивость, фрустрационная толерантность, препятствуют разрушительному влиянию многих болезненных состояний, помогают найти конструктивный выход из психотравмирующих жизненных обстоятельств.

Ведущая роль исследований личности, системы ее отношений, изучение механизмов психологической защиты больного человека признается практически всеми психологами, работающими в этой области. Сейчас можно насчитать значительное количество теоретико-экспериментальных исследований патологии личности. К сожалению, научная ценность таких исследований не всегда находится на должном уровне. И хотя в этом направлении предстоит еще большая работа, определенные результаты уже сейчас могут быть использованы в медицинской практике. В связи с этим, правда, остается открытым вопрос, насколько медицинская практика готова принять и использовать данные психологических исследований. Результаты психологического обследования больного, как правило, играют вспомогательную роль при постановке клинического диагноза. И это справедливо, так как ответственность за постановку клинически точного диагноза, а следовательно, и за результаты лечения несет врач. Однако современные исследования свидетельствуют, что подчас психологические данные обладают большей прогностической ценностью, чем обычные клинические методы. <...>

Иногда психологические показатели позволяют оценивать изменения состояния человека раньше, чем показывают физиологические пробы. Так, в одном из экспериментов человека вращали в центрифуге; при этом регистрировался ряд физиологических показателей в ходе выполнения деятельности по слежению. В какой-то момент времени были отмечены значительные изменения в процессе слежения, а несколько позднее зарегистрированы изменения физиологических показателей. Эксперимент прекратили. Выяснилось, что испытуемый находится в полубморочном состоянии.

Следует отметить, что изменения в протекании психических процессов (изменение вкуса, обоняния, кожной чувствительности и др.) часто предшествуют появлению клинических симптомов заболевания, как бы являясь предупредительными ее сигналами. Задача психологов заключается здесь в том, чтобы научиться их выявлять и идентифицировать, что несомненно послужит большим подспорьем врачу в постановке диагноза на ранних стадиях заболевания. И в целом изучение роли психологических факторов в возникновении болезни, ее

протекании и лечении, овладение специальными методами анализа личности больного человека могут дать возможность глубже понять источники и причины заболевания, точнее поставить диагноз и помочь в выборе методов лечения. Необходимо еще раз вспомнить, что все выдающиеся клиницисты — С. П. Боткин, В. Ф. Зеленин, В. М. Бехтерев, В. Н. Мясищев и др. — понимали и подчеркивали глубокую взаимосвязь между личностью и болезнью, а также зачастую ведущую роль психического фактора в возникновении и течении болезни. <...>

В качестве самостоятельного круга вопросов в медико-психологических исследованиях сравнительно недавно определилась проблема методов психологического воздействия на больного человека. В целом все методы психологического воздействия <...> направлены на нормализацию функциональных нарушений психической деятельности (Исурина, 1979; Кабанов, Лично, Смирнов, 1983). Это следует подчеркнуть для четкого понимания того, что использование адекватных приемов психологического воздействия, например при тяжелых формах органических полумок, является не прямым лечебным мероприятием, а способом косвенно, через сложную систему опосредствованных и разноуровневых компонентов психики человека достигнуть гармонизации нарушенной системы отношений личности с тем, чтобы активизировать психический фактор на борьбу с недугом. Психологические методы воздействия условно делятся на два класса: психотерапия и психокоррекция. Если психотерапия является комплексом лечебных методов, применяемых в процессе лечения врачом, то психокоррекция направлена на исправление и восстановление нарушенных психических функций у практически здорового человека, и применять психокоррекционные методы может специально подготовленный психолог.

Условность разделения психотерапии и психокоррекции хорошо видна из того факта, что в последние годы психологи успешно занимаются групповой и семейной психотерапией. Такая форма деятельности психолога весьма перспективна с точки зрения внедрения психологических знаний в практику, но она требует специалистов высокой квалификации, с соответствующей подготовкой.

Следует еще раз подчеркнуть, что психотерапия, или, точнее, психотерапевтический аспект, является обязательным компонентом любого лечения больного человека. Другое дело, что на практике далеко не все врачи используют содержащиеся в ней возможности. Более того, отсутствие элементов психотерапевтического воздействия не только уменьшает эффект, в частности, медикаментозной терапии, но и зачастую ! приводит к возникновению ятрогенных заболеваний, количество которых достаточно велико. <...>

Большое значение имеют психологические исследования для социально-трудовой реабилитации и реадaptации больных, а также для медицинской (трудовой, судебной и военной) экспертизы. Возвращение к полноценной жизни человека, особенно перенесшего длительную болезнь, является психологически трудным делом.

И здесь психолог, принимая участие в психотерапевтической и психокоррекционной работе, может оказать существенную помощь и поддержку. В отечественной медицине успешно разрабатывается реабилитационный подход, и в этой области достигнуты значительные результаты. ; Выполнен также целый ряд психологических исследований по выяснению роли и значения психологических факторов в процессе реабилитации не только психически больных, но и в клиниках сердечно-сосудистой патологии, пульмонологии, онкологии и др. В них, в частности, показано, что половина больных, перенесших инфаркт миокарда, не возвращаются к прежней работе из-за возникшего у них страха перед повторением заболевания. При этом другая часть больных приступает к работе значительно раньше, чем это рекомендуют врачи. Обе формы поведения не являются адекватными и вызываются, как уже говорилось выше, реакцией личности на болезнь. Сформировать адекватное отношение к своему состоянию, помочь найти способы (а именно это, как правило, и требуется) изменить частично или полностью стиль жизни — все это входит в задачу и компетенцию практического медицинского психолога. <...>

Бассин Б. Ф.

ПРОБЛЕМА СПЕЦИФИЧЕСКОГО И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА ОТНОШЕНИЙ МЕЖДУ АФФЕКТИВНЫМ КОНФЛИКТОМ И КЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ¹

Говоря о функциях неосознаваемых форм высшей нервной деятельности, нам остается рассмотреть еще один большой вопрос: проблему воздействия «бессознательного» на область сомато-вегетативных процессов, роль этого фактора в предотвращении и преодолении болезни.

Хорошо известно, какое внимание оказало именно этой проблеме психоаналитическое, а вслед за ним и психосоматическое направление. Мы знаем также основную идею, которая определила подход обоих этих течений к вопросам клиники. Начиная с первых работ Фрейда и кончая психосоматическими исследованиями самых последних лет (например, работой Валабрега), в качестве основного исходного представления в психоаналитически ориентированной клинической литературе фигурирует идея «конверсии», т. е. символического выражения вытесненного аффекта на «языке тела», идея «понятых», «содержательно-специфических»² связей, существующих якобы между областью «неосознаваемых эмоциональных переживаний» и клинической синдроматикой.

Как следует относиться ко всей этой сложной и трудной проблеме? Означает ли критика психосоматической медицины, что мы склонны недооценивать огромную значимость эмо-

¹ Фрагменты пятой главы, «Роль неосознаваемых форм высшей нервной деятельности в регулировании психофизиологической активности организма в поведении человека», из книги автора: Проблема бессознательно го. - М: Медицина, 1968. - С. 335-352.

² Под «содержательно-специфической» связью между аффектом и синдромом в психоаналитической и психосоматической литературе подразумевается строгое («специфическое») соответствие характера клинического нарушения конкретному психологическому содержанию аффективного конфликта или эмоционального потрясения, которое это нарушение вызвало.

циональных факторов для развертывания процессов пато- и са-ногенеза, игнорировать зависимость этих процессов от осознаваемых и неосознаваемых установок? Вряд ли нужно подчеркивать, насколько не соответствовал бы нашей позиции такой вывод. Прежде всего хотелось бы устранить одно досадное недоразумение. Когда противники психоаналитических трактовок отвергали представление о символике и «скрытом смысле» органических синдромов, о выражении патологическими соматическими реакциями содержательных переживаний, то это неоднократно давало повод для обвинения их в принципиальном антипсихологизме, в недоучете ими важности роли в патогенезе клинических расстройств аффективно-эмоциональных и других психических факторов. Примером такой критики может послужить выступление на I французском конгрессе психосоматической медицины в 1960 г. выдающегося французского исследователя, профессора Делэ, который в своем программном докладе высказал убеждение, что для «строго материалистического» подхода характерен предельный антипсихологизм, «низводящий сознание до роли „эпифеномена“, который может быть только свидетелем, но не причиной, отрицающей возможность психогенеза синдромов и подрывающей веру в какую бы то ни было психотерапию».

Не вступая сейчас в развернутую дискуссию с теми, кто придерживается сходных убеждений, мы ограничимся указанием, что подобные представления неправильно отражают подлинные установки «строго материалистического» подхода и не имеют ничего общего с трактовкой роли психических факторов, подсказываемой, например, концепцией нервизма. Можно думать, что эти представления возникают на основе неправомерного смешении физиологических категорий, используемых павловской школой при исследовании высшей нервной деятельности (поведения), с категориями психологическими и философскими.

Мы уже имели повод обратить внимание на то, что, согласно диалектико-материалистической философской интерпретации, основной задачей при изучении мозга является не наивное «замещение» или «вытеснение» психологических понятий категориями, созданными учением о высшей нервной

деятельности, а неизмеримо более трудное соотнесение данных нейрофизиологического и психологического анализа, наложения последних на первые как психологического «узора» на физиологическую «канву». Эта образная формулировка И. П. Павлова хорошо выражает представление об отношениях между нейрофизиологией и психологией как между науками, изучающими разные стороны деятельности мозга, имеющими одни и тот же объект, но рассматривающими этот объект в качественно разных аспектах. Совершенно очевидно, что при таком подходе ни о каком игнорировании, ни о какой недооценке роли психологических факторов не может быть и речи. Этот общий вывод можно было бы подкрепить многими конкретными указаниями на принципиальное значение, которое придается роли психологических факторов в клинике исследователями, придерживающихся диалектико-материалистического понимания¹. Думается, однако, что защищать подобные представления было бы сейчас излишним.

Значительно более интересным является вопрос о том, как именно следует представлять соотношения между нервными и психическими факторами, с одной стороны, и клиническими синдромами — с другой, если отказаться от пользования традиционными психосоматическими принципами (представление о «конверсии» и т. п.). По этому поводу хотелось бы сказать прежде всего следующее.

Уже в старых работах павловской школы, подчеркивающих патогенную роль «сшибок» и аффективных конфликтов, неоднократно отмечалось, что представление, по которому клиническое расстройство является символическим выражением вытесненного переживания, заставило Фрейда и его учеников с самого начала отказаться от более широкого и более строгого толкования. Согласно этому толкованию, аффективный конфликт может провоцировать функциональные и органические сдвиги, которые к конкретному психологическому содержанию этого конфликта специфического отношения не имеют.

Немало убедительных аргументов в пользу такого понимания дал, в частности, и состоявшийся в августе 1966 г. в Москве XVIII Международный психологический конгресс, на котором работы «строго материалистических» авторов были представлены, как известно, достаточно широко.

Мы полагаем, что в пользу правильности именно такого более широкого толкования говорит не только все то, что стало известно за последние годы о механизмах и расстройствах так называемой неспецифической адаптации, по Селье, но и множество более ранних клинических наблюдений, по которым эффекты действия любых патогенных факторов, и в том числе последствия аффективных конфликтов, зависят прежде всего от функционально-морфологического состояния затрагиваемых физиологических систем, от «истории» этих систем на момент конфликта <...>. Можно было бы привести большое количество экспериментальных и клинических доказательств того, что при избирательной преморбидной ослабленности (индивидуально приобретенной или унаследованной) определенной физиологической системы именно эта ослабленная система преимущественно вовлекается в патологический процесс независимо от того, каким является психологическое содержание соответствующего эмоционального конфликта у человека или каков характер соответствующей экспериментальной «сшибки» условных рефлексов у животного. Эти данные убедительно говорят в пользу того, что отношения между аффективным конфликтом и синдромом, носящие этиологически неспецифический характер, являются в клинике органической патологии, а также при функциональных расстройствах, не относящихся к истерии, — ведущими.

Что же касается клиники истерии, то здесь мы, действительно, нередко встречаемся с состояниями, при которых между характером нарушения и психологическим содержанием предшествующего переживания обрисовывается определенная смысловая связь. Располагаем ли мы представлением о конкретных физиологических механизмах, которые могут вызвать у больного истерией появление клинических симптомов, например парезов или анестезий, имеющих «понятное» логически отношение к его аффективным переживаниям? Валабрега отвечает на подобный вопрос отрицательно. Нам представляется, однако, что ситуация в какой-то мере проясняется, если вспомнить одну очень важную мысль, высказанную в свое время И. П. Павловым под впечатлением, по-видимому, его споров с Жане. «Истерика, — говорит он, — можно и должно представ-

лять себе даже при обыкновенных условиях хронически загнившим и гипнотизированным в известной степени... Тормозные симптомы могут возникнуть у истерика-гипнотика путем внушения и самовнушения... Всякое представление о тормозном эффекте, из боязни ли, из интереса или выгоды, в силу эмоциональности истерика, совершенно так же, как и в гипнозе слово гипнотизера, вызовет и зафиксирует эти симптомы на продолжительное время, пока более сильная волна раздражения... не сместит эти тормозные пункты... Это случай роковых физиологических отклонений».

Можно, конечно, сказать, что И. П. Павлов сводит здесь физиологический механизм «конверсии» к физиологическим механизмам гипнотического сна, о которых мы также, говоря строго, не так уже много конкретного знаем. Однако достаточно ясно, что общее направление, в котором И. П. Павлов предлагает искать физиологическое объяснение происхождения синдромов, имеющих «логический смысл», глубоко отличается от соответствующих психоаналитических трактовок. Связь синдрома с психологическим содержанием аффекта вытекает здесь не из экспериментально необоснованной, произвольно, по существу, постулируемой тенденции к «символической трансформации» подавленных аффектов, а из особого («рокового», по образному выражению И. П. Павлова) сочетания клинически и экспериментально многократно доказанных психических и физиологических особенностей истерика¹.

Принимая подобную трактовку, мы получаем значительные преимущества для анализа. Используя как основную

Стремление трактовать символизацию как функцию самостоятельную и

первичную (не выводимую из каких-то других особенностей, как их следствие) — это, по-видимому, одна из наиболее характерных черт большинства работ, близких к психоанализу. Вспомним, насколько отличается от этого подхода понимание символизации как принципиально вторичного эффекта, как следствия и выражения специфического характера смысловых связей, существующих на уровне образного мышления, о котором мы говорили выше. Противопоставление этих двух трактовок подчеркивает, в какой мере психоанализ оказался логически связанным принятыми им в свое время психолого-биологическими постулатами, заранее предопределившими его позицию в отношении множества вопросов, возникших в более позднем периоде. Именно отсюда вытекает удивляющий каждого объективного наблюдателя догматизм психоаналитической мысли, который ее фактически обесплодил, несмотря на реальность и важность ряда затронутых ею общих тем.

/

идею связь аффекта с функциональным синдромом, носящую психологически неспецифический характер, мы сохраняем одновременно право на применение и идею специфических психологических связей, не принуждаясь, однако, при этом к признанию адекватности идеи конверсии. Нам представляется, что выгоды, которые такой широкий подход создает для анализа патогенеза самых разнообразных органических и функциональных синдромов, было бы трудно переоценить.

О различии между влиянием
аффективных
факторов на синдромологическое
выражение
и на общую динамику («судьбу»)
клинического процесса

Касаясь отношения психоаналитической концепции к вопросам клиники, необходимо напомнить также следующее обстоятельство.

Психоанализ возник в свое время как направление мысли чисто клинического характера. Однако уже у самых истоков этого направления произошло примечательное сужение задач клинического исследования, вследствие которого по существу центральная для клиники человека проблема общего влияния психических факторов на развертывание сомато-вегетативных процессов оказалась замещенной важным, но все же частным вопросом о закономерностях формирования отдельных психогенно обусловленных симптомов и синдромов. Уделив очень много внимания теме «конверсии», фрейдизм даже не попытался осмыслить влияние «бессознательного» на клинические картины в более широком и принципиальном плане, т. е. понять влияние этого фактора на общие тенденции в динамике патологических процессов на углубление, обратное развитие и предотвращение болезней безотносительно к тому, в каких конкретно синдромах эти общие тенденции находят свое клиническое выражение.

Между тем вряд ли можно сомневаться в реальности этой фактически упущенной психоанализом из виду исключительно важной проблемы. То, что необходимость ее исследования до последнего времени большинством соответствующих тео-

ретических направлении на передний план не выдвигалась¹, не должно вызывать особого удивления. Происходило это в силу достаточно понятных причин. Для того чтобы как-то осмыслить механизмы и закономерности влияния «бессознательного» не на отдельные проявления, а на общую динамику клинического процесса, необходимо было перейти к использованию рабочих понятий совсем иного типа, чем «язык тела», «символика вытесненного», «конверсия на орган» и т. п.

Для психоаналитического направления это означало бы отклонение от его многолетних традиций, и оно оказалось совершенно неспособным к этому. Для других же течений главным препятствием послужило отсутствие уверенности в реальности «бессознательного», отсутствие ясного понимания природы этого трудно постигаемого фактора и, наконец, отсутствие в их распоряжении адекватных рабочих понятий, способных отразить детерминизм отношений, существующих между неосознаваемыми формами высшей нервной деятельности и процессами на сомато-вегетативной периферии. Только после того, как идея «бессознательного» была тесно связана с доступным для экспериментального исследования представлением об «установке», этот пробел начал восполняться. А тем самым был открыт путь к созданию концепции, освещающей зависимость от «бессознательного» не деталей, не частных и всегда более или менее случайно обусловленных синдромологических проявлений клинического расстройства, а самой судьбы этого расстройства, понимаемой как исход конфликта между воздействующими на организм вредностями и реакциями последнего, выражающими жизненно важные «меры его защиты».

Проследивая историю этой запутанной проблемы, нельзя не обратить внимание и на то, что здесь (быть может, даже более отчетливо, чем в какой-либо другой научной области) фазе

анализа, основанной на использовании четко определяемых понятий и предполагающей строгий контроль выявляемых закономерностей, предшествовал ДЛИННЫЙ Период СМутНЫХ ДО-

Исключение составляют только некоторые оригинально рассматривающие психофизиологическую проблематику школы древней индийской философии, течения, применяющие метод «аутогенной тренировки», разработанный Шульцем, и единичные другие.

гадок о существовании какой-то общей зависимости судьбы любого патологического процесса от «общих установок» больного (мы употребляем в данном случае термин «установка» в смысле, в котором он употребляется в обычной речи), от особенностей его личности, обуславливающих определенное «отношение к болезни», от более или менее ясно осознаваемого стремления к «уходу в болезнь» или, наоборот, от активного «внутреннего сопротивления» болезни и т. д. Художественная литература в ярких образах, в глубоко подчас волнующих формах отразила эти догадки, показав разрушительную силу конфликта аффектов и решающее значение эмоционально насыщенных переживаний как фактора, который способен не только провоцировать разнообразные формы соматического распада, но и этот распад при наличии определенных условий надежно предотвращать и устранять <...>. Но она, естественно, не смогла (и это является главным) рассматривать функциональную структуру развертывающихся при этом психологических феноменов с вычленением как особой, подлежащей специальному анализу научной темы вопроса о специфической роли, которую в этих явлениях играют неосознаваемые формы высшей нервной деятельности.

**Аффективный фактор,
«аутопластическая»
и «внутренняя» картины болезни
(по Голдшайдеру и Р. А. Лурия)**

В чем же конкретно заключается работа «бессознательного», способствующая иногда развитию, иногда же, напротив, регрессу болезни? С какими механизмами и закономерностями здесь приходится иметь дело? Дать более точный ответ на эти вопросы оказалось возможным только после того, как произошел переход от интуитивного понимания идеи установки к строгому раскрытию психологического смысла этого понятия.

Мы не будем сейчас возвращаться к обоснованию реальности самого факта влияния психических и нервных факторов на сомато-вегетативные процессы. Работы Г. А. Захарьина и М. В. Яновского в области клиники, И. М. Сеченова, И. П. Павлова, С. П. Боткина и созданных ими школ в русской и советской нейрофизиологии более позднего периода (Л. А. Орбели,

И. П. Разенкова, К. М. Быкова, А. Д. Сперанского и др.) придали анализу влияния психических и нервных факторов на сомато-вегетативные процессы характер направления, традиционного для нашей науки, и породили ряд оригинальных, хорошо известных физиологических концепций и методических подходов. За рубежом на протяжении многих десятилетий также производилась экспериментальная разработка идеи «психической регуляции» вегетативных реакций. К этому направлению можно отнести некоторые выполненные еще в конце прошлого века и вызвавшие в свое время большой резонанс работы Вундта; послужившие началом целой серии поисков исследования Вебера, в которых прослеживалась связь между положительной и отрицательной окраской эмоций и распределением крови; оказавший в свое время глубокое впечатление на современников анализ суггестивно обусловленных изменений секреторной и двигательной активности желудка, выполненный Хейером; эксперименты аналогичного типа, проведенные в разнообразных модификациях в более позднем периоде Витровером; исследования влияний, которые оказывают внушенные представления на сосудистый тонус, химический состав крови, диурез, терморегуляцию и очень многие другие сходные работы.

Наряду с этим циклом исследований, имевшим преимущественно экспериментальный характер, в литературе наметилось и другое направление, ориентированное скорее клинически. Оно имело более скромные масштабы, однако в некоторых отношениях представляло не меньший интерес, чем первое.

В советской литературе это второе направление связано, в частности, с работами Р. А. Лурия, посвященными проблеме «внутренней картины» болезни. Вводя это понятие, Р. А. Лурия продолжил развитие полузабытых идей Голдшайдера об «аутопластической картине» заболевания (создаваемой больным на основе совокупности его ощущений, представлений и переживаний, связанных так или иначе с его физическим состоянием). В этой аутопластической картине Голдшайдер предлагал рассматривать два уровня — «сензитивный» и «интеллектуальный», относя к первому ощущения, непосредственно обуславливаемые патологическим процессом, а ко

второму — своеобразную «надстройку» над этими ощущениями, возникающую как результат размышлений больного о его физическом состоянии, как его психологическую реакцию на собственную болезнь. Р. А. Лурия в основном присоединяется к этой схеме Голдшайдера и в своей необычайно ярко написанной книге приводит множество клинических наблюдений, показывающих, какой огромной силой, каким глубоким влиянием на течение патологических процессов обладает «интеллектуальная часть» аутопластической картины болезни. Он обращает внимание также на то, насколько грубыми бывают ошибки врача, игнорирующего этот фундаментальный фактор, способный выполнять при определенных условиях в процессах саногенеза роль не менее важную, чем та, которую он играет, к сожалению, нередко в патогенезе клинической синд-роматики. Когда Голдшайдер отграничил «интеллектуальный уровень» аутопластической картины заболевания от «сензи-тивного» и подчеркнул активную роль обоих этих уровней в судьбе патологических процессов, он сделал по существу все, что можно было выполнить, опираясь на современные ему и еще мало в то время разработанные представления о функциональной структуре физиологических реакций и психологических проявлений. Р. А. Лурия возвратился к этим вопросам в более поздний период и поэтому смог опереться на концепцию условно-рефлекторной регуляции сомато-вегетативных процессов, на теорию кортико-висцеральной патологии, на учение об интрарецепции, на представление о совершенно особой, подчеркнутой И. П. Павловым роли слова как фактора, способного замещать любые другие раздражители и обуславливать появление любых сдвигов, которые этими другими раздражителями непосредственно вызываются¹. Поэтому Р. А. Лурия удалось убедительно показать объективный характер и

¹ «Слово для человека, — пишет И. П. Павлов, — есть такой же реальный условный раздражитель, как и все остальные, общие у него с животными, но вместе с тем и такой многообъемлющий, как никакие другие, не идущий в этом отношении ни в какое количественное и качественное сравнение с условными раздражителями животных. Слово, благодаря всей предшествующей жизни взрослого человека, связано со всеми внешними и внутренними раздражениями, приходящими в большие полушария. Все их сигнализирует, все их заменяет, а потому может вызвать все те действия, реакции орга-

определенные закономерности, которым подчинена разрушительная и созидательная «аутопластическая» работа сознания.

И несмотря на все это, разработанная им концепция «внутренней картины болезни» сохранила в какой-то степени тот же «интеллектуалистический» оттенок, который так резко выступает в концепции Голдшайдера.

Действительно, несмотря на значительно более детальное освещение Р. А. Лурия физиологических факторов, определяющих психогенно обусловленные изменения функционального состояния и функциональной активности различных органов и тканей тела, было бы напрасным искать в его концепции «внутренней картины» болезни ответ на вопрос, почему именно возникающие у больных тягостные представления о характере поражения в одних случаях провоцируют подлинно трагические последствия и у других остаются лишь мимолетными эпизодами, не вызывающими в объективном разворачивании патологических процессов никаких стойких отзвучий. И еще менее ясно, почему стремление к выздоровлению, почти всегда субъективно представленное при нормальном психическом состоянии соматического больного и имеющее характер более или менее ясно осознаваемого переживания (мы отвлекаемся от более редких случаев осознаваемого «ухода в болезнь», т. е. от случаев, в которых больной осознает свое негативное отношение к перспективе выздоровления), иногда остается малоэффективным, а иногда, напротив, оказывает на судьбу патологического процесса настолько мощные воздействия, что создается впечатление вмешательства фактора, ло-

низма, которые обуславливают те раздражения». Помня о необычайной силе влияний слова, мы не должны, однако, забывать и то, что конкретные физиологические механизмы, на основе которых реализуются подобные влияния, еще во многом недостаточно ясны. Особенно затруднительным становится их выявление, когда влияние словесных

раздражителей на вегетатику проявляется по строго локальному типу. При обсуждении, например, на Римском конгрессе 1964 г., посвященном проблеме «осознаваемого опыта» («conscious experience»), неоднократно изучавшим экспериментально феномен суггестивно вызванных признаков ожога кожи, Шефером было подчеркнуто, что мы не можем высказать даже предположительных суждений, каким образом на основе одних только, очевидно, симпатических нервных импульсов достигаются подобные грубейшие и одновременно четко ограниченные деструкции покровных тканей.

мающего наиболее твердо установленные
клинические и патофизиологические
закономерности.

Ответ на эти вопросы ни концепцией
«аутопластики», ни концепцией «внутренней
картины болезни» не мог быть дан прежде всего
потому, что ни одна из этих трактовок не опира-
лась на разработанные представления о
функциональной

: структуре психологических реакций, на более
глубокое понимание специфической роли,
которую играет в отношениях

; субъекта к любой возникшей перед ним
объективной ситуации фактор осознаваемых и
неосознаваемых психологических установок.

; «Только вербализуемое» желание,
«подлинная» установка и
болезнь

В одной из своих работ, посвященных теории
обработки [информации, Линдсей указывает, что к
важным вопросам, воз-| пикающим при
рассмотрении адекватности линейных нейрон-И ных
моделей для объяснения сложно организованных
систем, ; неизбежно относится и проблема
«установки». Линдсей под-! черкивает, что в
психологических теориях эта проблема также |
давно выступает, фигурируя под разнородными
названиями, ! но мало меняясь из-за этого по
смыслу. Понимая «установку» ; как состояние
системы, при котором введенная информация
вызывает ответы лишь определенного класса (т. е.
исключает ответы, возможные в другой ситуации),

Линдсей напоминает, что условием получения
реакций подобного типа у машины является
возможность для «установочной» информации, по-
ступающей до предъявления основной задачи,
воздействовать на программу. Это достигается
путем введения одного или нескольких
корректирующих сигналов, пригодность которых
контролируется специальными подпрограммами.

Мы напомнили это своеобразное
кибернетическое понимание «установки» потому,
что в нем выступает наиболее характерная — и
весьма общая — функция последней,
заключающаяся в придании поступающей
информации определенного «значения», которое
обуславливает возникновение ответов
специфического типа. Если «установка» в каком
бы то ни было из возможных вариантов ее
конкретной реализации

отсутствует, то эффект поступившей информации становится (как мы об этом уже говорили однажды) совершенно непредвидимым. При наличии же «установки», опосредующей связь между поступающей информацией и ответом, соотношение обоих этих элементов становится закономерным и потому прогнозируемым.

Мы не будем сейчас вновь возвращаться к обоснованию того, почему эта общая логическая схема полностью сохраняет свою силу также применительно к поведению человека. Напомним только, что выше мы много внимания уделили представлению, по которому эффект любого воздействия, рассматриваемый как в его психологическом, так и физиологическом аспекте, глубоко зависит от предсуществующих, обусловленных ранее накопленным опытом установок субъекта. Для нас важно сейчас признание лишь того фундаментального факта, что включение субъекта в новую для него объективную ситуацию болезни было бы неправильно рассматривать как событие, клинические последствия которого определяются только «сензитивным» и «интеллектуальным» уровнями «аутоплатической» картины. Клинические результаты этого включения выступают в действительности как функции, во-первых, дополнительной информации, получаемой субъектом в этих новых условиях, и, во-вторых, установок, переформированных или возникших лишь после включения субъекта со всеми его «субстанциональными», «функциональными» и «теоретическими» потребностями (по терминологии Д. Н. Узнадзе) в эту новую ситуацию.

Ввиду же того, что мы допускаем возможность неосознаваемое™ последней группы факторов, мы приходим к неизбежному логически заключению, что реакция субъекта на его собственное заболевание и, следовательно, в какой-то мере судьба его болезни должны зависеть от процессов его высшей нервной деятельности,

которые могут оставаться иногда (а с позиций школы Д. Н. Узнадзе даже должны быть всегда) неосознаваемыми. Это очень важное положение. Оно требует, однако, некоторых дополнительных пояснений.

Прежде всего, следует вновь подтвердить, что принимая его, мы как бы возвращаемся к традиционным полуинтуитив-

ным представлениям о факторах, влияющих на течение клинических процессов. Этими представлениями всегда подчеркивалась роль той же «установки», только понимаемой не как строгая психофизиологическая категория, а как один из терминов «житейской» психологии, широко используемый в художественной литературе и поэтому легко смешиваемый с такими же интуитивно постигаемыми выражениями, как «воля к жизни», или, напротив, как «установка на использование клинического расстройства» (в смысле, придаваемом этому выражению в психиатрии) и т. п.

Подобная близость выводов анализа функциональной структуры реакций к данным интуитивного восприятия и художественного описания менее всего, конечно, снижает значимость первых. Вряд ли у кого-либо могут возникнуть сомнения по поводу того, что своеобразная форма постижения мира, которая дается созданным и последующим восприятием художественных образов, также основана на результатах накопления и переработки информации, только не всегда достаточно ясно осознаваемых¹. Эта форма постижения иногда даже опе-

¹ Неосознаваемые «выводы», возникающие в результате восприятия художественных образов, обычно имеют характер интуитивного (рационально не аргументируемого) и, несмотря на это, очень твердого подчас и эмоционально окрашенного «убеждения». Их формирование требует качественно особого психологического акта — интимно-индивидуального эстетического переживания. Поэтому подлинное постижение художественного образа не достигается в результате одного только рационального разъяснения смысла этого образа, хотя такое разъяснение создает важные предпосылки для более глубокого восприятия произведения искусства. Именно поэтому результаты художественного постижения действительности не влияют непосредственно в фонд коллективного знания, т. е. сведений, которые имеют логически принудительный и непосредственно передаваемый характер.

Вся эта проблема «интуитивного знания» настолько сложна, что многие до последнего времени предпочитали ее обходить. Однако понимание важности этого вопроса, причем не только для теории художественного восприятия, проявлялось во многих психологических и философских течениях, в том числе в полузабытых. Э. Ю. Соловьев недавно напомнил, что еще Гуссерль обращал внимание на тот примечательный психологический факт, что «живое восприятие всегда... содержит... произвольное и часто противоречащее нашему рациональному умыслу истолкование: непосредственный эмоциональный приговор воспринимаемому. Я вижу лицо... человека, но у меня мгновенно возникает необъяснимое отвращение к нему. Мое "первое впечатление" уже содержит... какое-то убеждение, родствен-

режает научное знание, но она не позволяет подвергать объективному контролю ее выводы и не дает возможности произвольно ставить проблемы. Поэтому только рационализовав интуитивные представления о сано- и патогенетической роли установок, только внося в эту область обычную для научного анализа строгость в использовании категорий, мы сможем ответить на множество важных вопросов, которые на протяжении «художественного этапа разработки» (если можно так выразиться) всей этой темы оставались по необходимости открытыми.

Первой проблемой, которая, естественно, возникает при такой рационализации, — это в высшей степени трудно разрешимый вопрос: чем психологически и физиологически отличается почти всегда присутствующее, но остающееся часто клинически довольно малоэффективным вербально выражаемое «желание» выздороветь от подлинной «установки на выздоровление», которая нередко дает (как это подсказывает почти каждому практическому терапевту его клинический опыт, особенно опыт прослеживания динамики патологических процессов в разнообразных «стрессовых» условиях) весьма ощутимые результаты.

Ставя этот вопрос, мы подходим к тому, что является на сегодня рубежом научного знания. Рубеж намечается здесь по той причине, что мы еще не располагаем разработанной теорией, которая осветила бы фундаментальное (как это видно из клинических фактов) различие, существующее между двумя нетождественными видами «готовности», — той, которая находит выражение только в вербальном «желании», и той, которая проявляется в форме «подлинной установки». То, что

ное логической интуиции по своей стойкости и категоричности... В восприятии оно уже завершено, уже имеет определенность личного мотива и не требует никакого развертывания в мысль для того, чтобы превратиться в поступок... Хайдеггер называет убеждение, присутствующее в живом восприятии, настроением» (Вопр. филос. — 1966. — № 12. — С. 83.). В подобных истолкованиях отражается понимание широкой представленности того, что мы сейчас называем неосознаваемой переработкой информации. Но очень показательны, что углубить теоретически это понимание ни Гуссерль, ни возникший в более позднем периоде экзистенциализм, с его принципиальным неприятием рациональных категорий и экспериментального подхода, так и не смогли.

мы узнали о психологической структуре и физиологической природе установок, подсказывает в данном случае лишь одну мысль, которая может быть использована в качестве отправной гипотезы. Мы говорили... о «больших фарах» сознания, включаемых на критических участках пути, в то время как непрерывное целенаправленное регулирование деятельности обеспечивается светом «малых фар бессознательного». Мы воспользовались этим образом, чтобы упростить описание сложных соотношений, вытекающих из одновременного существования содержательно-дискретного характера активности сознания и непрерывного характера функции регулирования. Применяя эти представления, можно сказать, что готовность, которая проявляется *только осознанно*, является «презентируемым» и вербализуемым психическим актом, переживаемым как «желание». Но если она только осознается, то в силу уже одной лишь дискретности подобных осознаваемых переживаний она не может выполнять функцию непрерывного регулирования физиологических «мер защиты» организма.

Для того чтобы возникло такое непрерывное регулирование, необходимо, очевидно, участие в нем также неосознаваемых форм высшей нервной деятельности. В этих и только в этих условиях готовность типа «желания» преобразуется в готовность типа «подлинной установки», способную оказывать на динамику психологических явлений и физиологических процессов далеко идущие воздействия.

Такое представление последовательно вытекает из всего, что было сказано ранее. Формулируя его, приходится, однако, сожалеть о почти полной еще теоретической неразработанности проблемы превращения вербализуемых «желаний» в установки, обладающие мощными сано- и патогенетическими потенциалами. Если генетической психологии удалось, проследивая вопросы формирования психологических функций, выработать ряд важных специальных понятий, таких, например, как «интериоризация» этих функций (представление об организации психологической функции на основе уподобления ее структуры структуре предметного действия) и т. п., то проблема смены разных форм и степеней «готовности», вопрос о преобразовании более поверхностных из этих форм, но-

сящих преимущественно вербальный характер, в более глубокие (т. е. также в каком-то смысле «интериоризированные»), затрагивающие основы личности и систему главных мотивов поведения, еще очень далеки от аналогичной степени разработанности.

Интересно, что и в данном случае можно заметить своеобразное опережение искусством с его интуитивными методами познания действительности выводов точной науки. В художественной литературе отрицательный образ человека, готовность которого к поступкам определенного типа носит только вербальный, «резонерский», «словесный» (хотя, может быть, одновременно и достаточно искренний субъективно) характер и который противопоставлен положительному герою, чья готовность, напротив, действенна, потому что она накрепко спаяна с основами его личности, с системой устойчивых и сильных влечений, дан, как известно, во многих ярких формах, ставших подчас классическими. Искусство учло, следовательно, и отразило в меру своих возможностей эту интереснейшую *проблему иерархии степеней готовности к действию*. Научная же психология в этом специфическом для нее вопросе резко отстала. И мы только сейчас начинаем понимать, насколько подобное отставание затруднило рассмотрение и очень важных клинических проблем, относящихся к этой области.

Для того чтобы закончить обсуждение вопроса о разных уровнях готовности к действию и об их влияниях на развертывание патофизиологических процессов, нам остается высказать лишь несколько резюмирующих соображений.

Согласно обрисованной выше схеме, «желание» выздоровления приобретает значение клинически действенного фактора только после того, как оно, преобразуясь в «подлинную установку», актуализирует характерные для последней непрерывные формы регулирования физиологических «мер защиты» организма.

При всей неясности физиологических механизмов и психологических закономерностей этого процесса очевидно, что происходит он должен в тесной связи с активной работой сознания, которая подкрепляет поверхностное, «вербальное» переживание системой доминирующих мотивов, целей и корен-

ных потребностей личности. Это обстоятельство подчеркивает *ведущую роль сознания в формировании саногенных установок* и позволяет заметить отчетливо выступающую здесь своеобразную диалектику отношений: терапевтическую недостаточность «желания», пока оно остается только «презентируе-мым», только вербализуемым, только осознаваемым переживанием, и одновременно решающую роль нервных процессов, лежащих в основе сознания, в функциональной активации неосознаваемых форм высшей нервной деятельности, без опоры на которые превращение «вербализуемых» переживаний в «подлинные установки» является, по-видимому, невозможным. Предлагаемая схема, однако, не только утверждает эту диалектику осознанного и «бессознательного». Она апеллирует к формированию установок, крепко спаянных с личностью, подчеркивает значение связи поведения с системой фундаментальных, а не случайных и преходящих мотивов, и приобретает благодаря этому определенный воспитывающий, этический оттенок.

И она является, конечно, подлинной антитезой психоаналитического мифа о «бессознательном» как о психической сущности, роль которой в клинике способна быть только отрицательной, поскольку ограничение этой сущности нормами общественной морали может лишь препятствовать, с точки зрения теории психоанализа, достижению того, что Ницше называл «Великим здоровьем». Теория установки (и в этом ее основное значение для клиники) раскрывает идею «бессознательного» как фактора, который способен, напротив, столь же активно участвовать в сопротивлении болезни, как и в провокации последней, необычно расширяя тем самым представление о потенциальных возможностях сознательно направляемой нервной деятельности человека.

Вряд ли мы ошибемся, если скажем в заключение, что стремление понять эти возможности было одной из сокровенных потребностей человека на протяжении многих веков его культурного развития. Ибо только глубокая вера в их скрытое богатство смогла породить прекрасный афоризм одного из основателей атеистического направления древней индийской философии: «Спящий Бог? Да ведь это сам Человек».

Кречмер Э.

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ. ПРАКТИЧЕСКАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПСИХОЛОГИЯ¹

Введение

За последние годы все более открыто высказываются о необходимости изучения психологии для студента медицины и врача. Но какого рода психологии? Старая философская психология, базирующаяся на отвлеченных понятиях, при этом не может быть подразумеваема, так как она не дает ничего, что могло бы быть использовано врачом практически. Также при-
мыкающая к ней прикладная психология в своих исследованиях направлена преимущественно на разрешение педагогических вопросов или имеющих отношение к профессиональной технике, вопросов, с которыми врач имеет только чисто внешнее соприкосновение. Несомненно также, что, когда говорят о медицинской психологии, то при этом не хотят сказать и того, чтобы так называемая *физиологическая психология* была выделена для медиков как особый предмет обучения. Эта психофизическая пограничная область, которая, между прочим, охватывает главным образом (выражаясь психологически) элементарную физиологию органов чувств и учение о мозговых центрах, учение об афазии и апраксии, правда, с величайшим успехом обработана именно с медицинской стороны и далеко еще не исчерпана в том, что она может дать для разрешения психологических вопросов. Однако ни кому не придет в голову желание и без того уже перегруженный учебный план медика обременять особым учебным предметом, физиологической психологией», тем более что занятия анатомического, физиологического и органически неврологического характера уже содержат в себе элементы этого направления мыслей и в случае нужды во всякое время еще более могут быть расширены с этой стороны. Если бы для удовлетворения его потребности в психологическом образовании врача стали знакомить с физи-

¹ Фрагменты из книги автора: Медицинская психология / Пер. с нем. — М.: Жизнь и Знание, 1927. - С. 7-12, 261-268.

ологической психологией, то его именно оставили бы стоять перед дверью, через которую он хочет пройти: перед проникновением в душу в подлинном смысле слова, в высшие душевные процессы, по отношению к которым вся физиологическая психология является прежде всего только предварительной ступенью.

Пробел, который ощущает в своем профессиональном образовании медик, стоящий несколько более высоко в духовном отношении, гораздо скорее двоякого рода. Он нуждается в психологии, которая возникла бы из врачебной практики и была бы предназначена для практических задач врачебной профессии. Это — самое главное. За этими пределами возникает у врача стремление к психологии чаще всего еще из смутно чувствуемой потребности вырваться из четырех стен узкой специальной профессии и получить возможность бросить взгляд *на более широкие духовные области* — теории познания, этических и эстетических проблем, развития народной жизни, и притом сделать это в такой форме, чтобы его медицинско-естественнонаучный круг мыслей органически связался в одно целое с духовно-научным горизонтом.

На основе этих обоих руководящих точек зрения и составлена настоящая «Медицинская психология». <...>

Медицинская психология должна быть вполне конкретна и близка к жизни, т. е. она должна для каждой более важной точки зрения давать также и практические примеры. Но она не должна ограничиваться поверхностным, беспорядочным сообщением полезных практических правил и опытов; но практическая врачебная психология в самом узком смысле должна вырасти из систематической основной части, показывающей на основании строго естественнонаучных построений немногие повсюду повторяющиеся биологические основные механизмы, к которым может быть сведена запутанная полнота богатой реальной жизни. В основу этого дифференцирования основных механизмов и типов более высокой душевной жизни здесь была положена теория эволюции, дополненная анатомически-морфологической точкой зрения, поскольку последняя, как это имеет место относительно темпераментов, уже теперь использована психологией более высоких душевных процессов. Что при этом для врачебной психологии не может

быть никакой разделительной черты между нормальной психологией и психопатологией, ясно само собою. Потому что мы всегда имеем дело с одними и теми же основными механизмами, которые повторяются здесь в явлении сна, в фантазии художника и в психологии народов, там в шизофрении и неврозе, здесь — в животных и детских формах реакции, там в истерии и кататонии. Смотря по надобности поэтому, в качестве примеров для того или другого процесса в целом будут взяты нормально психологические или психопатологические опыты и затем основательно рассмотрен какой-нибудь механизм в широких разрезах с точки зрения эволюционной психологии, нормальной психологии и психопатологии.

Без сомнения, также и здесь будут выдвинуты на передний план практически самые важные для врача вещи: психология неврозов, психопатических реакций, истерии, более легких шизофренических и паранойных пограничных состояний. Потому что психология неврозов — это психология человеческого сердца вообще. И именно в более увеличенном масштабе будет обращено внимание на примеры. Знаток неврозов является тем самым и знатоком человека и вследствие этого также наилучше обученным, чтобы удовлетворять остальным психологическим требованиям врачебной профессии. Ясно, что при подобной ориентации аффективно-динамические точки зрения в медицинской психологии должны занять самое широкое место, что описание аффектов, влечений и волевых процессов должно стоять на переднем плане, между тем как анализ более высоких умственных продуктов, занимающий центральное место для педагогически-психологических целей, может подвергнуться здесь трактованию только мимоходом.

Обыкновенно в учебниках стараются излагать по возможности только твердо установленный, стоящий вне всяких споров материал какой-либо науки. Для медицинской психологии это было невозможным требованием, так как она является еще совершенно молодой наукой, возникшей только за последние 20 лет, переживающей повсюду живой процесс созидания, наукой, которая еще в слабой степени обладает учениями, признанными со всех сторон. Это имеет значение уже в отношении психологии народов, на которую нашим изысканиям генетического характера многократно приходится опираться. Это

же во врачебной области в особенности имеет значение по отношению к подвергающейся сильным нападкам психоаналитической школе, мимо грандиозных приобретений которой не может пройти ни один врач-психолог, как бы ни была еще-велика та поверхность, которая открыта для нападений справедливой живой критики. К счастью, у более молодого поколения исследователей резкие противоположности между анализом и клинической психиатрией настолько начали сглаживаться, что в недалеком будущем к выгоде обоих лагерей можно ожидать постепенного критически проверенного слияния этих двух направлений. Для нашего изложения не могла иметь место ни «клиническая», ни «аналитическая» догма, но только одно эмпирическое познание, безразлично, содействует ли развитию его одна или другая партия. Так как психоаналитическая литература часто благодаря небрежности в своих способах приведения доказательств делает невозможным последующее испытание и ценных и правильных результатов, то я использовал здесь главным образом только такие психоаналитические факты, которые были тщательно проверены мною самим и другими не аналитическими исследователями на собственном материале, и только такие психоаналитические ряды мыслей, которые являются прочными и вероятными для вне стоящего психолога также независимо от здания всего учения Фрейда. Мы полагаем, что в нашем изложении, после произведенного подобным образом процеживания материала, мы не слишком далеко отошли от взглядов, которые в среднем становились все более и более преобладающими у клинических психологов неаналитической школы в более молодом поколении и которые защищались старым поколением, особенно Блейлером. Но при всей этой критической осторожности было бы грубой бесчестностью и неблагодарностью, если бы мы не пожелали откровенно признать, насколько значительная часть наших нынешних, действительно практически пригодных познаний и формулировок во врачебной психологии частью была создана Фрейдом, частью косвенно возникла благодаря влиянию его продуктивных идей в клинической психиатрии (часто против воли последней). Мы подчеркиваем это здесь тем более, что большое количество этих хороших эмпирических познаний и счастливых формулировок не по-

зволило нам везде в тексте сделать ссылку на происхождение каждого единичного хода мыслей.

Также наша специальная область знания должна быть благодарна введенному Ясперсом в психиатрии *феноменологическому* способу мышления, особенно что касается тонкой психологической работы по описанию более утонченных душевных процессов (например в шизофрении). Здесь имеются для нас многочисленные точки соприкосновения и взаимного понимания. Несомненно, если некоторые представители этого направления в новейшее время тяготеют к крайне дуалистической теории познания в понимании проблемы отношений между душой и телом и к сознательному обособлению психологической работы от методов и понятий всего естествознания в целом, то в этом пункте наши дороги должны разделиться. Дружественно, но все же решительно. Мы считаем естественнонаучное мышление палладиумом психологического исследования и основой успехов, имеющих решающее значение в познавательном отношении в нашей области. Чистое самоограничение субтильным описательным расчленением душевного может доставить нам в течение некоторого времени ценные утончения нашего психологического мышления и познания; но в конце концов, теряясь во все более тонких тонкостях и деталях, оно утратило бы великие руководящие основные линии или выродилось бы в остроумную отвлеченную схоластику. Только строго проводимое упрощение феноменологического богатства природы, т. е. сведение его к немногим простым формулам, основным механизмам и вспомогательным понятиям приблизило бы нас в естествознании действительно к нашей цели, а именно к духовному господству над вещами. Чисто описательная работа сама по себе наверное этого сделать не в состоянии. Вот почему мы защищаем принципиально в психологии строго причинный динамический образ мышления, стремящийся к монизму. И этот образ мышления красной нитью проходит через всю предлагаемую работу. В этих трудных вопросах, касающихся критики познания, следует уважать точку зрения противника и не надо желать убедить его при помощи логических оснований. Мы говорим только: эти понятия, этот естественнонаучный образ мышления являются нашим духовным рабочим орудием, при помощи которого мы совершаем нашу рабо-

ту; пускай каждый работает по своему методу и со своей философской точки зрения; и при помощи других способов мышления можно приобрести нечто ценное. Но тот, кто, в конце концов, при посредстве своего образа мышления содействовал приобретению наибольшего количества познаний, должен оказаться правым.

Мы надеемся, что сделанная здесь попытка систематического построения нашего теперешнего врачебно-психологического знания может также в том или другом отношении сослужить службу психиатру и специалисту-психологу и что стремление упростить, т. е. свести к немногим биологическим основным механизмам, поможет также сделать более ясным и более легкообозримым клинически-психиатрический курс преподавания. Напротив, чисто практические части (в особенности V часть) соотносятся не со специалистом, но только с потребностями лиц, начинающих заниматься врачебной психологией, и потому особенное значение придают наглядному описанию также элементарно-технического. Чтобы студент от подобной книги мог получить полную пользу, необходимо, чтобы перед ним были клинически продемонстрированы существенные психические механизмы и врачебные приемы на живом материале из области неврозов, легких психозов. Введение подобных занятий практического обучения очень оправдало себя у Тюбингене (от одного до двух часов, каждый второй семестр).

В этом направлении следует вообще искать желаемого завершения медицинско-психологического преподавания. Если иметь в виду необходимый наглядный материал, то следует признать, что медицинско-психологическое преподавание не может предшествовать клинически-психиатрическому преподаванию, но только должно заключаться в нем и следовать за ним. <...>

Экспертиза

Мы имеем в виду рассмотреть здесь вообще основания для образования солидного медицинского суждения. Они выступают ярче всего там, где от врача требуется, чтобы он высказал свое мнение. Было бы идеалом рассматривать каждый случай из медицинской практики так, как если бы относительно его надо было дать экспертное заключение.

Каким образом составить себе правильное представление об истории прошлой жизни больного? Эта история является базой для всего дальнейшего исследования, во многих же случаях — при незначительных объективных данных — для нашего медицинского суждения вообще. Поэтому психологически безупречная техника выпрашивания как телесно, так и психически больных имеет, по крайней мере, такое же значение, как и умение пользоваться при всех методах телесного исследования слуховой трубкой и зеркалом. Этого нельзя в достаточной мере подчеркнуть. Душевное состояние нашего пациента до выпрашивания является для нас чем-то вроде жидкости, из которой мы должны выловить несколько маленьких частиц; если мы неловко толкнем ее или бессистемно помешаем, все станет мутным и смешается, так что мы ничего не сможем ни увидеть, ни использовать.

Психология высказывания

О «психологии высказывания» писалось много. Нам достаточно знать немного об этом. Образы наших воспоминаний не лежат в нашем мозгу, подобно устойчивым «сводным картинкам» или фотографическим клише в готовом состоянии, чтобы сейчас же, как только потребуется, стереотипно репродуцироваться. То, что после некоторого времени остается еще в памяти от пережитой сцены, есть часто не больше как несколько остатков оптических, акустических и тактильных впечатлений, которые в свое время уже при возникновении слились с готовыми элементами представлений другого рода. При позднейшей передаче они часто пополняются в большом объеме из общего запаса представлений рассказывающего лица, причем рассказчик не сознает, что он передает какие-нибудь недостоверные воспоминания, в «достоверности которых он не мог бы ручаться». Если мы, например, близких пациента заставим рассказать о бывшем с ним ранее припадке, они при совершенно правдоподобном в других отношениях описании ошибочно могут нам рассказать, будто он скрежетал зубами, будто у него пена выступала у рта, — и это исключительно потому, что в популярное представление эпилептического припадка входит скрежет зубов и пена у рта. Картина припадка, с пробелами сохранившаяся в воспоминании рассказчика, обо-

гащается, таким образом, из общего запаса его представлений элементами, которые, согласно субъективной вероятности, восполняют ее в одно закругленное целое.

Особенно силен этот неосознанный преобразовательный процесс памяти в тех случаях, когда к нему присоединяются кататимные влияния, и в первую очередь тогда, когда рассказчик субъективно заинтересован в определенной версии факта: когда притязания на ренту, угрожающие судебные наказания или дипломатические соображения домашнего или профессионального характера побуждают пациента смотреть на свою болезнь или на какую-либо определенную причину ее возникновения как на нечто желанное. Отдельные части целого факта, аффективно не акцентированные и не подходящие, затемняются, вытесняются, в то время как ярко выступают части, аффективно акцентированные, как это наблюдается в большом масштабе при возникновении националистической военной лжи всех народов. Так, например, желание ренты может внезапно оживить в сознании действительные, но незначительные немощи, имевшиеся налицо в течение многих лет до несчастного случая и тогда — не замеченное. При этом потерпевший не сознает никакого преувеличения. Как раз у искателей ренты факты памяти часто подвергаются продолжительному кататимному процессу преобразования, причем сперва полусознательно преувеличенные немощи и надуманные расстройства незаметно «объективируются», т. е. приобретают для сознания пациента значение действительных симптомов болезни. Чем чаще ему приходится об этом рассказывать, тем больше в его пользу складывается соотношение во времени между несчастным случаем и заболеванием и, наконец, закрепляется так же прочно в его сознании, как какой-нибудь бред. Таковы-же кататимные процессы памяти у подсудимых и у предварительно заключенных. Кроме субъективной заинтересованности, для преобразования памяти имеют большое значение некоторые сильно воздействующие аффективные моменты, как, например, идеалистическое воодушевление-при-крашивание, личная подчиненность эротического или религиозного характера, могущая индуцировать целые комплексы представлений от главы секты к его ученикам, и затем

вера в чудеса, в суеверия, все сенсационное, страшное, темное — все, что вызывает сильное раздражение фантазии. На одном ритуальном процессе в *Tisza Eslar* один юный свидетель уверял, что он через замочную скважину видел убийство, совершенное в синагоге, и описывал его во всех единичных подробностях. Во всем этом не было ни слова истины, и возможность наблюдения через замочную скважину была в данном случае исключена. Мальчик поддался воздействию общего мнения и суггестивных вопросов судьи и высказал это в конце концов с полной уверенностью.

Такая полная конфабуляция у взрослых все же является редкостью. Мы находим ее преимущественно у весьма лабильной в отношении фантазии группы так называемых «патологических обманщиков». Против них нет никакого средства. Даже самый опытный эксперт и криминалист может пасть жертвой такого индивида: прирожденный обманщик умеет находить для своих показаний легкую, правдоподобную, субъективно-уверенную форму. А потому никому не следует смеяться над жертвами капитана фон-Кепеник. Для всех имеющих какое бы то ни было значение случаев существует одно определенное основное правило: *никогда не доверять исключительно своему знанию людей, но всегда высказывать свое суждение лишь с документами в руках.*

Мы не можем препятствовать преобразованию фактов памятью, но можем преодолеть этот источник ошибок, если привлечем многих свидетелей и притом таких, которые имеют разную установку по отношению к исследуемым фактам. Так, при психиатрическом установлении факта мы употребляем три вида отдельно составленных протоколов: 1) показания самого пациента, 2) показания его близких, 3) официальные подведомственные справки (от служителей церкви, старост, учителей, начальства и т. д.). В официальных подведомственных справках нуждаемся мы более для установления прочного остова главных фактов, в показаниях самого пациента и его близких более — для анализа более интимных психологических связей и мотивировок. Но методически основополагающим для установления всех важнейших фактов, для простых хирургических и медицинских анамнезов, так же как и для утонченных анализов психиатра или следователя, является следующее: не

давать говорить попеременно пациенту, его близким и всем остальным, но отдельно выслушать каждого важного свидетеля, отдельно запротоколировав его показания. Один свидетель не должен присутствовать при показаниях другого, а должен дожидаться в передней. И в письменном данном заключении должна ясно обнаруживаться эта корректность и добросовестность при составлении суждения. Поэтому мы более крупные экспертные заключения расчленим на 4 или 5 следующих частей, каждую под отдельным заглавием: 1) *документально установленный факт* (т. е. краткое извлечение из письменных актов, предоставленных в наше распоряжение судом, страховым обществом или другими присутственными местами);

2) *показания близких и знакомых*, которые, быть может, кроме того, даны лично нам, с точным наименованием свидетеля;

3) *собственные показания подлежащей экспертизе личности*;

4) *данные исследования*, обнимающие все объективным медицинским путем добытые факты, добытые как отдельным исследованием, так и путем длительного клинического наблюдения и 5) *экспертное заключение*: составленное на основании всего вышесказанного окончательное мнение врача, которое должно быть дано отдельно, не переплетаясь с установлением фактов. Более целесообразным образом можно было бы объединить эти 5 пунктов в 3 рубрики: А) *предварительная история*, содержащая пункт 1 и 2, каждый в отдельности; В) *результаты исследования и наблюдения*, содержащие пункт 3 и 4, каждый в отдельности; С) *экспертное заключение*, содержащее пункт 5. Краткие врачебные свидетельства даем мы без такого точного подразделения, но и здесь в каждом отдельном предложении должно быть ясно видно, идет ли дело об объективных медицинских данных или о субъективном мнении врача, или же о чем-нибудь анамнестическом показании.

Суггестивные вопросы

Если одним из главных источников ошибок в установлении фактов являются заведомо ложные показания или бессознательно искаженные воспоминания пациента, то другим таким источником является техника опрашивания самого врача. Но и этот источник заблуждений можем мы в основном устра-

нить. В отношении степени суггестивности постановки вопроса мы можем различать 4 типа вопросов, которые приблизительно звучали бы так:

1. Пожалуйста, расскажите, что вас сюда привело?
2. Испытываете ли вы какие-нибудь боли или нет?
3. Испытываете ли вы какие-нибудь боли?
4. Не правда ли, вы испытываете боли?

Тип 1 мы называем *лишенным суггестивного оттенка*, тип 2 — *альтернативной постановкой вопроса*, тип 3 — *пассивным суггестивным вопросом* и тип 4 — *активным суггестивным вопросом*. Первая постановка вопроса имеет то большое преимущество, что создает совершенно свободное от какой бы то ни было предвзятости душевное состояние рассказчика, но она имеет тот недостаток, что исследования такого типа берут много времени, потому что многие пациенты при неограниченной возможности говорить перескакивают с пятого на десятое, упоминают о важном наряду со многим неважным, а иногда вообще не говорят о важном. В противовес этому альтернативный вопрос типа 2 имеет то большое преимущество, что он сразу строго ограничивает тему, экономит, таким образом, время и позволяет нам навести пациента на важные для нас в диагностическом отношении отдельные пункты. При этом мы все же избегаем грубой суггестивности, при условии одинаковой тонировки обеих частей вопроса, ибо усиленной тонировкой на первой части вопроса мы могли бы внушить ему, будто мы в действительности предполагаем у него сильные боли и будто он должен отвечать нам в этом смысле. Еще благоприятнее часто бывает многочленная постановка вопроса, например: «являются большей частью боли глухими, жгучими или режущими?». Некоторый суггестивный момент все же заключен в каждом альтернативном вопросе, так как мы при помощи него направляем внимание в известную, определенную точку. Умный симулянт при предложенном ему альтернативном вопросе легко может сделать предположение, что боли имеют значение для картины той болезни, о которой идет речь, и ответит в положительном смысле. Кроме того, альтернативный вопрос имеет по сравнению с типом 1 тот недостаток, что он не дает пациенту разойтись, не дает ему спонтанно

вступить в рассказ и диктаторской постановкой вопроса постоянно нарушает нить его мысли. Тип 3 имеет два больших недостатка: он содержит в себе яркий суггестивный момент и момент потворства лени опрашиваемого. Последний, если он не очень умен или еще в детском возрасте, под влиянием пассивного суггестивного вопроса может легко подумать, будто боли входят в картину болезни, о которой идет речь, и будто он должен, как бы из любезности по отношению к врачу, ответить что-нибудь в этом смысле, даже если он совершенно не испытывает никаких болей или боли совершенно несущественные. Кроме того, пациент легко склоняется из лени или из отсутствия напряжения мысли к простому ответу «да» или на вопрос: «У вас ничего не болит?» — к ответу «нет»; или же, если он несколько раз отвечал «да», он, идя все по тому же следу, опять скажет «да». Альтернативный же вопрос, особенно когда он предложен выразительно, каждый раз снова заставляет пациента сосредоточить внимание. Все это отнюдь не есть нечто второстепенное, когда мы, что случается чаще всего, имеем дело с духовно неразвитыми людьми, а особенно с детьми, при их большой внушаемости и стеснительности. Тип 4 активного суггестивного вопроса в большей степени обладает психологическими особенностями типа 3, так как при этой очень навязчивой позитивной постановке вопроса требуется известное противодействие со стороны опрашиваемого, чтобы не ответить простым «да».

Различными типами вопросов мы пользуемся практически следующим образом: тип 1 особенно применим тогда, когда мы имеем перед собой ярко и изобразительно описывающих пациентов и когда нам важен подробный, свободный от всякого влияния, объективно составленный протокол; кроме того, он вообще вводит в первоначальную ориентировку. Как только мы переходим к подробностям, мы для краткости продолжаем ставить по мере надобности альтернативные вопросы, чтобы, смотря по находящемуся в нашем распоряжении времени, предоставить между ними свободно высказаться пациенту. Пассивным суггестивным вопросом (тип 3) мы, в общем, принципиально не пользуемся, потому что он связан только с недостатками и не имеет преимуществ. Активным суггестив-

ным вопросом мы никогда не пользуемся необдуманно и употребляем его лишь сознательно для вполне определенных показаний, а именно для раскрытия неправильных данных, причем пациенту суггестируют, что у него должны быть боли в месте, противоположном тому, где он действительно боль испытывает, например, при псевдоишиасе. «Не правда ли, вам больно, когда я так сильно сгибаю ногу?» Затем: «Не правда ли, боль исчезает, когда я ее приподнимаю в спокойно вытянутом состоянии?» Если у пациента, действительно, сильные боли, они проявляются и вопреки суггестивным вопросам, легкие же следы боли, правда, могут быть покрыты последними.

Мы подчеркиваем, что каждый врач должен себе в совершенстве уяснить необходимую для хорошего анамнеза технику вопросов. Правильное ее применение должно стать для него второй натурой. Кто умеет безупречно поставить анамнез, тот имеет в нем основание для суждения, зачастую далеко превосходящее в объективной ценности сомнительные данные исследования. Недостаточная техника опрашивания так же дурна, как и недостаточная техника исследования, так же дурна, как и всякий вид диагностической и терапевтической стряпни.

Теперь еще несколько слов о записи анамнеза. Мы записываем по возможности дословно в оригинальных выражениях пациента, чем ближе к диалекту, тем лучше. Специальных терминов, поскольку это позволяет время, должно избегать в анамнезе. Если я, например, запишу: «Пациент жалуется на колющие боли и атактическое повреждение походки», то впоследствии я могу лишь заключить, что я поставил тогда диагноз *tabes's.*; если же я запишу в нескольких словах характерные специальные выражения пациента об его болезни, то при последующих сомнениях останется возможность переоценки всех подлежащих рассмотрению диагностических предположений, а для посторонних и для присутственных мест получится солидный объективный протокол как основание для суждения.

Мы можем записывать слова пациента либо непосредственно в его присутствии, либо по памяти тотчас же после сеанса. Первый способ следует в общем предпочитать вследствие его достоверности и верности оригиналу. Протокол при

этом очень выигрывает в наглядности и жизненной свежести. В отдельных случаях записывание ощущается пациентом как нечто мешающее и даже может побудить его скрыть важные факты. Чувствительные и недоверчивые пациенты, как только узнают о записи, пугаются нескромности по отношению к 3-му лицу и присутственным местам. Во всяком случае, они начинают взвешивать слова больше, чем нам бы этого хотелось. Как только мы заметим такие боязливые взгляды, мы должны сейчас же отложить перо в сторону.

Истерия и симуляция

То, что можно сказать о вопросах специально психологической экспертизы, группируется преимущественно вокруг темы об истерии и симуляции. Безразлично при этом, идет ли дело о психогенной примеси болезней хирургических, внутренних, ушных, глазных и горловых или самостоятельных психических симптомах, притворствах, неврозах и психозах. При глухоте, хрипоте (афонии), при вегетативных расстройствах сердечной деятельности, дыхания, желудочных функций и пищеварения, как и вообще при диффузных общих нервных заболеваниях (головокружения, головные боли), затем, главным образом, при повреждении походки или осанки после настоящего или мнимого ишиаса, ревматизма или повреждений хирургических легко примешивается, как это известно по опыту, аггравация, симуляция, истерическая или ипохондрическая наслойка.

Выготский А. С.

ПСИХОЛОГИЯ И УЧЕНИЕ О ЛОКАЛИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ¹

Правомерность и плодотворность психологического подхода к проблеме локализации вытекает из того обстоятельства, что господствующие в данную эпоху психологические воззре-

¹ Фрагмент из первого тома: Собрание сочинений: В 6 т. — Т. 1. — М.: Педагогика, 1982. - С. 168-174.

ния всегда оказывали большое влияние на представления о локализации психических функций (ассоциативная психология и атомистическое учение о локализации, структурная психология и тенденция современных ученых к интегративному пониманию локализации). Проблема локализации есть, в сущности, проблема отношения структурных и функциональных единиц в деятельности мозга. Поэтому то или иное представление о том, что локализуется, не может быть безразличным для решения вопроса о характере локализации.

Наиболее прогрессивные современные учения о локализации справились с задачей преодоления основных недостатков классического учения, но сами не смогли удовлетворительно разрешить проблему локализации психических функций главным образом из-за недостаточности применяемого ими структурно-психологического анализа локализуемых функций. Мощное продвижение учения о локализации, возникшее благодаря успехам гистологии, цитоархитектоники мозга и клиники, не может осуществить всех заложенных в нем возможностей из-за отсутствия соответствующей по сложности и адекватной по силе системы психологического анализа. В частности, это наиболее резко сказывается в проблеме локализации специфически человеческих областей мозга. Несовершенство долокализационной точки зрения и недостаточность формулы «мозг как целое» осознается большинством современных исследователей. Однако применяемый ими обычно функциональный анализ, основанный на принципах структурной психологии, оказался настолько же бессильным вывести учение о локализации за пределы этой формулы, насколько он оказался плодотворным и ценным в решении первой критической части задачи, стоявшей перед новыми теориями (преодоление атомистического учения).

Структурная психология, на которой основываются новейшие теории, по самому своему существу не позволяет пойти дальше признания за каждым мозговым центром двух функций: специфической, связанной с одним определенным видом деятельности сознания, и неспецифической, связанной с любой другой деятельностью сознания (учение К. Гольдштейна о фигуре и фоне, учение К. Лешли о специфической и неспе-

цифической функциях зрительной коры). Это учение, по существу, соединяет старое классическое учение о строгом соответствии структурных и функциональных единиц, о специализации отдельных участков для определенных ограниченных функций (учение о специфической функции центров) и новое, долокализационное по своим тенденциям воззрение, отрицающее такое соответствие и такую функциональную специализацию отдельных участков и исходящее из формулы «мозг как целое» (учение о неспецифической функции центров, в отношении которой все центры эквивалентны).

Таким образом, эти учения не поднимаются над обеими крайностями в теории локализации, а механически совмещают их, включая в себя все недостатки старого и нового учения: узколокализационного и антилокализационного. Это с особенной силой сказывается в проблеме локализации высших психических функций, связанных со специфически человеческими областями мозга (лобные и теменные доли). В этом вопросе исследователи силой фактов вынуждены выйти за пределы понятий структурной психологии и вводить новые психологические понятия (учение о категориальном мышлении Гольдштейна, учение о символической функции Г. Хэда, учение о категоризации восприятия О. Петцля и др.).

Однако эти психологические понятия снова сводятся теми исследователями к основным и элементарным структурным функциям («основная функция мозга» у Гольдштейна, структурирование у Петцля) или превращаются в изначальные метафизические сущности (Хэд). Таким образом, вращаясь в порочном круге структурной психологии, учение о локализации специфических человеческих функций колеблется между полюсами крайнего натурализма и крайнего спиритуализма.

Адекватная с точки зрения учения о локализации система психологического анализа, по нашему убеждению, должна быть основана на исторической теории высших психических функций, в основе которой лежит учение о системном и смысловом строении сознания человека, учение, исходящее из признания первостепенного значения: а) изменчивости межфункциональных связей и отношений; б) образования сложных динамических систем, интегрирующих целый ряд элементарных

функций; в) обобщенного отражения действительности в сознании. Все эти три момента представляют с точки зрения защищаемой нами теории самые существенные и основные, связанные в единство, особенности человеческого сознания и являются выражением того закона, согласно которому диалектический скачок есть не только переход от неодушевленной материи к ощущению, но и переход от ощущения к мышлению. Применяемая нами в течение нескольких лет в качестве рабочей гипотезы, эта теория привела нас при исследовании ряда проблем клинической психологии к трем основным положениям, касающимся проблемы локализации. Их можно, в свою очередь, рассматривать как рабочие гипотезы, хорошо объясняющие главнейшие из известных нам клинических фактов, относящихся к проблеме локализации, и позволяющие вести экспериментальные исследования.

Первый из наших выводов касается вопроса о функции целого и части в деятельности мозга. Анализ афазических, агностических и апраксических расстройств заставляет признать непригодность того разрешения вопроса о функциях целого и части, которое мы находим в учениях Гольдштейна и Лешли. Признание двойной (специфической и неспецифической) функции за каждым центром не в состоянии адекватно объяснить всю сложность получаемых в эксперименте фактов при названных выше расстройствах.

Исследование заставляет прийти к обратному в известном смысле решению этого вопроса. Оно показывает, во-первых, что каждая специфическая функция никогда не связана с деятельностью одного какого-нибудь центра, но всегда представляет собой продукт интегральной деятельности строго дифференцированных, иерархически связанных между собой центров. Исследование показывает, во-вторых, что функция мозга как целого, служащая образованию фона, также не складывается из нерасчлененной, однородной в функциональном отношении совокупной деятельности всех прочих центров, а представляет собой продукт интегральной деятельности расчлененных, дифференцированных и снова иерархически объединенных между собой функций отдельных участков мозга, не участвующих непосредственно в образовании фигуры.

Таким образом, как функция целого, так и функция части в деятельности мозга не представляют собой простой, однородной, нерасчлененной функции, которая выполняется в одном случае гомогенным в функциональном отношении мозгом как целым, а в другом — столь же гомогенным специализированным центром. Мы находим расчленение и единство, интегративную деятельность центров и их функциональную дифференциацию как в функции целого, так и в функции части. Дифференциация и интеграция не только не исключают друг друга, но скорее предполагают одна другую и в известном отношении идут параллельно.

При этом самым существенным оказывается то обстоятельство, что для разных функций следует предположить и различную структуру межцентральных отношений; во всяком случае, можно считать установленным, что отношения функций целого и функций части бывают существенно иными тогда, когда фигура в мозговой деятельности представлена высшими психическими функциями, а фон — низшими, и тогда, когда, наоборот, фигура представлена низшими функциями, а фон — высшими. Такие явления, как автоматизированное и деавтоматизированное течение какого-либо процесса или осуществление одной и той же функции на различном уровне и т. п. могут получить свое предположительное объяснение с точки зрения только что описанных особенностей строения межцентральных отношений при различных формах деятельности сознания.

Экспериментальные исследования, которые послужили фактическим материалом для сформулированных выше обобщений, приводят нас к двум следующим положениям:

1. При каком-либо очаговом поражении (афазия, агнозия, апраксия) все прочие функции, не связанные непосредственно с пораженным участком, страдают специфическим образом и никогда не обнаруживают равномерного снижения, как этого следовало бы ожидать согласно теории эквивалентности любых участков мозга в отношении их неспецифической функции.
2. Одна и та же функция, не связанная с пораженным участком, страдает также совершенно своеобразно, совершенно специфическим образом при различной локализации поражения,

а не обнаруживает одинакового при различной локализации фокуса — снижения или расстройства, как этого следовало ожидать согласно теории эквивалентности различных участков мозга, участвующих в образовании фона.

Оба эти положения заставляют прийти к выводу, что функция целого организована и построена как интегративная деятельность, в основе которой лежат сложнодифференцированные иерархически объединенные динамические, межцентральные отношения.

Другой ряд экспериментальных исследований позволил нам установить следующие положения:

1. Какая-либо сложная функция (речь) страдает при поражении какого-либо одного участка, связанного с одной частичной стороной этой функции (сенсорной, моторной, мнемической), всегда как целое во всех своих частях, хотя и неравномерно, что указывает на то, что нормальное функционирование такой сложной психологической системы обеспечивается не совокупностью функций специализированных участков, но единой системой центров, участвующей в образовании любой из частичных сторон данной функции.

2. Любая сложная функция, не связанная непосредственно с пораженным участком, страдает совершенно специфическим образом не только в меру снижения фона, но и как фигура при поражении ближайшим образом связанного с ней в функциональном отношении участка. Это указывает снова на то, что нормальное функционирование какой-либо сложной системы обеспечивается интегральной деятельностью определенной системы центров, в состав которой входят не только центры, непосредственно связанные с той или иной стороной данной психологической системы.

Оба эти положения заставляют прийти к выводу, что функция части, как и функция целого, построена как интегративная деятельность, в основе которой лежат сложные межцентральные отношения.

В то время как структурно-локализационный анализ сделал большие успехи в выделении и изучении этих сложных иерархических межцентральных отношений, функциональный анализ у самых передовых исследователей ограничивает-

ся до сих пор применением одних и тех же иерархически не-расчлененных функциональных понятий к деятельности как высших, так и низших центров.

Эти исследователи толкуют расстройство высших в функциональном отношении центров (например, широкой зрительной сферы О. Петцля) с точки зрения психологии функций низших центров (узкой зрительной сферы). Структурная психология, на которую опираются эти авторы, по самому существу заложенных в ней принципов не в состоянии адекватно отобразить всю сложность и иерархичность этих межцентральных отношений. Вследствие этого исследователи не выходят за пределы чисто описательного анализа (примитивнее — сложнее, короче — длиннее) и вынуждены сводить специфические функции высших центров по отношению к низшим к торможению и высвобождению, игнорируя то новое, что вносит с собой в деятельность мозга функция каждого из этих высших центров.

Высшие центры с этой точки зрения могут тормозить и сенсibilизировать деятельность низших, но не могут создать и привнести в деятельность мозга ничего принципиально нового. Наши исследования, напротив, склоняют нас к обратному допущению, именно к признанию того, что специфическая функция каждой особой межцентральной системы заключается прежде всего в обеспечении совершенно новой продуктивной, а не только тормозящей и возбуждающей деятельности низших центров, формы сознательной деятельности. Основное в специфической функции каждого высшего центра есть новый *modus operandi* сознания.

Второй из общетеоретических выводов, к которым мы пришли в результате наших экспериментальных исследований, касается вопроса о соотношении функциональных и структурных единиц при расстройствах детского развития, возникающих на основе какого-либо мозгового дефекта и при распаде каких-либо психологических систем вследствие аналогичного (в отношении локализации) поражения зрелого мозга.

Сравнительное изучение симптоматики психического недоразвития при том или ином дефекте мозга и патологических изменений и расстройств, возникающих на основе ана-

логичного в локализационном отношении поражения зрелого мозга, приводит к выводу, что аналогичная симптоматическая картина в том и другом случае может наблюдаться при различно локализованных поражениях у ребенка и взрослого. И наоборот, одинаково локализованные поражения могут привести у ребенка и взрослого к совершенно различной симптоматической картине; С положительной стороны эти глубокие различия в последствиях одинаковых поражений при развитии и при распаде могут быть охвачены следующим общим законом: при расстройствах развития, вызванных каким-либо церебральным дефектом, при прочих равных условиях больше страдает в функциональном отношении ближайший высший по отношению к пораженному участку центр и относительно меньше страдает ближайший низший по отношению к нему центр; при распаде наблюдается обратная зависимость: при поражении какого-либо центра при прочих равных условиях больше страдает ближайший к пораженному участку низший зависящий от него центр и относительно меньше страдает ближайший высший по отношению к нему центр, от которого он сам находится в функциональной зависимости.

Фактическое подтверждение этого закона мы находим во всех случаях врожденных или ранних детских афазий и агнозий и в случаях расстройств, наблюдающихся у детей и взрослых в качестве последствий эпидемического энцефалита, в случаях олигофрении с различной локализацией дефекта.

Объяснение этой закономерности лежит в том факте, что сложные отношения между различными церебральными системами возникают как продукт развития и что, следовательно, в развитии мозга и в функционировании зрелого мозга должна наблюдаться различная взаимная зависимость центров: низшие центры, служащие в истории мозга предпосылками для развития функций высших центров, являющихся вследствие этого зависимыми в развитии от низших центров, в силу закона перехода функций вверх сами оказываются в развитом и зрелом мозгу несамостоятельными, подчиненными инстанциями, зависящими в своей деятельности от высших центров. Развитие идет снизу вверх, а распад — сверху вниз.

Дополнительным фактическим подтверждением этого положения являются наблюдения над компенсаторными, заме-

щающими и обходными путями развития при наличии какого-нибудь дефекта; эти наблюдения показывают, что в зрелом мозгу компенсаторную функцию при каком-либо дефекте принимают на себя часто высшие центры, а в развивающемся мозгу — низшие по отношению к пораженному участку центры. Благодаря наличию этого закона сравнительное изучение развития и распада является в наших глазах одним из плодотворнейших методов в исследовании проблемы локализации и, в частности, проблемы хроногенной локализации.

Последнее из трех упомянутых выше общетеоретических положений, выдвигаемых нами на основании экспериментальных исследований, касается вопроса о некоторых особенностях локализации функций, связанных со специфическими человеческими областями мозга.

Исследование афазии, агнозии и апраксии приводит нас к выводу, что в локализации этих расстройств существенную роль играют нарушения экстрацеребральных связей в деятельности той системы центров, которая в нормальном мозгу обеспечивает правильное функционирование высших форм речи, познания и действия.

Фактическим основанием для такого вывода служат наблюдения над историей развития этих высших форм деятельности сознания, которая показывает, что первоначально все эти функции выступают как тесно связанные с внешней деятельностью и лишь впоследствии как бы уходят внутрь, превращаясь во внутреннюю деятельность. Исследования компенсаторных функций, возникающих при этих расстройствах, также показывают, что объективирование расстроенной функции, вынесение ее наружу и превращение ее во внешнюю деятельность является одним из основных путей при компенсации нарушений.

Защищаемая нами система психологического анализа, которую мы применяли при исследовании проблемы локализации, предполагает коренное изменение метода психологического эксперимента. Это изменение сводится к двум основным моментам:

- 1) замене анализа, разлагающего сложное психологическое целое на составные элементы и вследствие этого теряющего в

процессе разложения целого на элементы подлежащие объяснению свойства, присущие целому как целому, анализом, расчленяющим сложное целое на далее не разложимые единицы, сохраняющие в наипростейшем виде свойства, присущие целому как известному единству;

2) замене структурного и функционального анализа, неспособного охватить деятельность в целом, межфункциональным или системным анализом, основанным на вычленении межфункциональных связей и отношений, определяющих каждую данную форму деятельности.

Этот метод, если его применить к клинически-психологическому исследованию, позволяет:

а) объяснить из одного принципа наблюдающиеся при данном расстройстве плюс- и минус-симптомы;

б) свести к единству, к закономерно построенной структуре все, даже самые далеко отстоящие друг от друга симптомы;

в) наметить путь, ведущий от очаговых расстройств определенного рода к специфическому изменению всей личности в целом и образа ее жизни.

Есть все теоретические основания для предположения, что проблема локализации не может решаться совершенно одинаковым образом для животных и человека и что поэтому прямое перенесение данных из области экспериментов над животными с экстирпацией отдельных частей мозга в область клинической разработки проблемы локализации (К. Лешли) не может привести ни к чему иному, кроме грубых ошибок.

Утверждающееся все больше и больше в современной сравнительной психологии учение об эволюции психических способностей в животном мире по чистым и смешанным линиям заставляет склониться к мысли, что специфические для человека отношения структурных и функциональных единиц в деятельности мозга едва ли могут быть в животном мире и что человеческий мозг обладает новым по сравнению с животным локализационным принципом, благодаря которому он и стал мозгом человека, органом человеческого сознания.

Соколова Е. Т.

РАСЩЕПЛЕНИЕ ОБРАЗА ТЕЛЕСНОГО Я В СТРУКТУРЕ ПОГРАНИЧНОЙ ЛИЧНОСТИ У ЛИЦ С ПИЩЕВЫМИ АДДИКЦИЯМИ¹

Некоторые теоретические направления
исследования образа телесного Я
в зарубежной психологии

По мнению Р. Уайли (1979), до настоящего времени существуют значительные различия во взглядах исследователей на проблему связи между Я-концепцией (образом Я, понятием Я, феноменальным Я и т. п.) и различными переменными телесного опыта. Одной из причин этого, по ее мнению, является нежелание авторов делить на два класса тесно связанные между собой психологические образования.

Тесное единство телесного опыта и образа Я было показано еще З. Фрейдом (1924), подчеркивавшим важнейшую роль тела как психологического объекта в развитии эго-структур, а также в генезе психопатологии, в частности, в развитии симптомов конверсионной истерии. Понятие телесного переживания заняло видное место в его генетической теории, согласно которой процесс развития был представлен как процесс изменения «локализации либидо». Фиксация интереса к определенной зоне тела становится начальным пунктом процесса формирования характера определенного типа, так же как и аномального развития личности.

Позднее А. Адлер показал существование тесной связи между образом телесного Я и самооценкой (в частности, некоторые типы человеческого поведения представляют собой попытку компенсации истинной или воображаемой ущербности тела).

¹ Фрагменты из книги: Соколова Е. Т., Николаева В. В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. — М.: SvR-Априс, 1995. - С. 107-125.

Однако в дальнейшем психоаналитические конструкции становились все более и более «социальными». Теории, которые продолжали использовать категории «локализация либидо», «страх кастрации», «телесный символизм», уходили с психологической сцены. Неофрейдистские теории, а затем и теории гуманистической ориентации, избавившись от «низменного» аспекта фрейдовской системы, практически отказались и от рассмотрения роли телесных переживаний в организации и дезорганизации поведения, избрав в качестве единственного объекта исследований образ духовного Я.

В силу этого Я описывается только в терминах, относящихся к этой духовной сфере. Телесный опыт лишь в редчайших случаях рассматривается как компонент образа Я и остается практически за пределами психологических теорий личности. Говоря словами М. М. Бахтина, между словом и телом существует «безмерный разрыв» (1975).

По мнению Фишера, отсутствие телесного Я во многих. «Я-концепциях» отражает общую тенденцию неприятия биологически ориентированных теорий поведения. Духовное Я позволяет в определенной степени гуманизировать образ человека, который механически упрощали биологизирующие теории. Но в то же время невозможно игнорировать тот факт, что пространство, в котором существует Я, есть человеческое тело, а самоощущение всегда проявляется в форме телесного переживания. «Я ощущает себя имеющим "местонахождение" внутри тела. Это "местонахождение" строго локализовано. Но Я никогда себя с телом не отождествляет. Тело является одним из объектов его восприятия, подобно другим объектам, представленным в трехмерном пространстве... тело — ограниченный объект, имеющий границу вокруг Я — последнее существует внутри границ. Тело — это именно тело, и оно определяется термином "мое". Я же осознает себя в нем воплощенным. Не имея протяженности, Я имеет "местонахождение". Оно никогда не "там", как воспринимаемая вещь, оно всегда "здесь"», и это "здесь" осознается где-то внутри телесных границ» (Ландхольм, 1946)¹.

¹ В последнее десятилетие интерес к телесному модусу переживания своего духовного Я возрождается в теориях гештальт-психотерапии и психосинтеза.

Взгляд на тело как на границу Я, с одной стороны, и тезис психоанализа о способности к различению внутреннего мира субъективных желаний и внешнего мира объектов как важнейшем достижении нормального развития ребенка, с другой, стали отправными пунктами в построении первого направления исследования телесного опыта. Речь идет об исследовании «границ образа тела» (*body image boundary*). Это понятие было введено С. Фишером и С. Кливлендом (1958), которые исходили из того, что люди различаются по тому, насколько «твердыми», «определенными», «предохраняющими от внешних воздействий», «отгораживающими от внешнего мира» они воспринимают границы собственного тела. Как правило, это восприятие неосознанно и проявляется в чувстве определенной отграниченности от окружающей среды. В патологии, например, при повреждении мозга или при шизофрении иногда наблюдается размытие или даже исчезновение ощущаемых границ тела и смешение событий, которые происходят внутри и вне физических границ тела.

Авторы предложили оригинальный метод установления степени четкости и определенности границ образа тела, основанный на специальном анализе протоколов методики Роршаха. На основании этого анализа высчитываются два показателя — «барьер» (*B*) и «проницаемость» (*P*). Чем выше первый показатель и ниже второй, тем четче и определеннее границы образа своего тела. Чем ниже показатель «барьер» и выше «проницаемость», тем более расплывчаты и неопределенны эти границы.

Показано существование устойчивой связи между степенью определенности границ образа тела и особенностями локализации психосоматических симптомов, некоторыми психофизиологическими и личностными характеристиками человека. У лиц с высоким уровнем определенности границ в сознании яснее представлены внешние покровы тела. Психофизиологическими коррелятами эмоциональных состояний у них чаще являются различные изменения состояния кожи и мускулатуры (покраснение или побледнение, «мурашки», ступоры и т. п.). В случае психосоматизации симптомы чаще всего локализуются в области внешних покровов (экземы, дерми-

ты и т. п.). Исследования выявили у подобных субъектов более стабильную адаптацию, сильную автономию, выраженное стремление к эмоциональным контактам. У лиц с низкой степенью определенности границ образа тела в сознании более отчетливо представлены внутренние органы. На эмоциогенные стимулы они реагируют изменением состояния желудочно-кишечной и сердечно-сосудистой систем. С этими органами тела связаны и психосоматические симптомы. Личностные особенности проявляются в слабой автономии, высоком уровне личностной защиты, неуверенности в социальных контактах (Фишер, 1958, 1970).

Но в чем сущность таких границ? Являются ли они специфическими формами телесного ощущения или же это вариант установки по отношению к связям с внешним миром? Фишер и Кливленд, опираясь на концепцию объектных отношений, исходят из тезиса, что личность может быть рассмотрена как некая «интернализация» системы связей социальных объектов. Сама «интернализация» рассматривается как интериоризация взаимоотношений индивида со значимыми персонажами его окружения. Такая интериоризированная системная связь обладает качеством «ограниченности», т. е. имеет определенные границы. Например, если отношения ребенка с матерью основаны на четких, понятных, хорошо определенных ожиданиях и установках с обеих сторон, то границы этой интериоризированной системы будут четкими, хорошо определенными. Далее авторы делают вывод о том, что качества границ первичных интериоризаций распространяются на границы образа тела и определяют способы реагирования на стимулы внешнего мира. Так, люди с хорошо определенными границами внутренних систем будут с большой вероятностью четко ориентированы и «вовне», в межличностных взаимодействиях. На уровне личностных особенностей это проявляется в выраженной автономии, легком приспособлении к окружению, заинтересованности в контактах с другими. На уровне телесного опыта это проявляется в более выраженном осознании тех его участков, которые связаны с осуществлением внешних контактов, т. е. внешних покровов тела. С их изменением будут связаны и эмоциональные состояния. Таким образом,

«границы образа тела» не являются основой этих личностных и психофизиологических особенностей — и те и другие — лишь форма проявления более базисной характеристики: особенностей интериоризированной системы отношений с социально заданными объектами.

Итак, существует тесная связь между переменными Я-концепции и формами телесного опыта, в данном случае — особенностями границ образа тела. Психоаналитически ориентированные исследователи, работающие в клинике шизофрении, давно уже исходят из этого положения. Как известно, еще Фрейд рассматривал шизофрению как следствие нарушения процесса разделения Я и внешнего мира в результате регресса на более ранний этап развития психики. Этот регресс проявляется в искажении образа тела, нарушении восприятия и мыслительной деятельности.

Первая экспериментальная попытка рассмотреть шизофренические нарушения под этим углом зрения была предпринята В. Тауском (1910), который ввел понятие «границы Я».

По его мнению, ранний и примитивный телесный опыт (т. е. телесное Я — в концепции психоанализа) играет решающую роль в формировании и интеграции границ Я. Нарушение в структуре телесного Я неминуемо приводит к нарушению границ Я. Тауск рассматривает шизофренический бред «влияния с помощью аппаратов» (т. е. бред воздействия) как регрессивную проекцию своего собственного тела на внешний мир. Эти «влияющие аппараты» имеют свои корни в раннем детстве ребенка, когда из-за нарушений границ телесного Я его тело воспринималось им как посторонний объект.

Известная исследовательница детских психозов и видный представитель концепции объектных отношений М. Малер (1952) делает акцент на роли развития телесного Я младенца в усилении чувства отделенности[™] его от тела матери. Согласно психоаналитическим взглядам, вначале ребенок не различает собственное тело и тело матери. Дискриминативный характер контакта ребенка с телом матери (мать ласкает его, прижимает к себе) является основой различения Я и не-Я, еще слитых на стадии психосоматического симбиоза матери и младенца. Эти контакты создают основу для накопления опыта,

приводящего к осознанию границ собственного тела. В основе многочисленных детских психозов, которые наблюдала Малер, лежит неудачная попытка достичь нужного уровня дифференцированное™ границ своего тела.

Возникновение чувства целостности собственного тела, четкости и определенности его границ тесно связано с периодически возникающими циклами сомато-сенсорной стимуляции, идущей от матери на ранних стадиях симбиоза с младенцем. Неспособность к интеграции этой стимуляции приводит к недоразвитию чувства целостности и ограниченности собственного тела, а также к появлению различных перцептивных и когнитивных нарушений. Такого рода нарушения оказывают сильное воздействие на все последующее развитие Я. С точки зрения Малер, основным симптомообразующим фактором, организующим шизофреническую патологию, является неудачная попытка сохранения интеграции телесного Я путем регрессии на стадию психосоматического симбиоза с матерью.

В дальнейшем это теоретическое представление о менее определенных границах образа тела при шизофрении получило экспериментальное подтверждение в ряде исследований, где использовался метод Фишера и Кливленда: оказалось, что больные шизофренией имеют более высокий «барьер» (Фишер, Кливленд, 1958; Кливленд, 1960; Фишер, 1964) и более низкую «проницаемость» (Фишер, Кливленд, 1958), чем невротики и здоровые испытуемые.

Итак, первое направление исследований образа тела и его связи с Я-концепцией исходит из представления о теле как своеобразном хранилище Я, обладающем более или менее определенными субъективными границами.

Второе направление исследований связано с другой характеристикой тела — внешностью. В этих исследованиях тело рассматривается, с одной стороны, как носитель личных и социальных значений, ценностей и т. п., а с другой — как объект, обладающий определенной формой и размерами. Соответственно выделяются два подхода. Представители первого делают акцент на эмоциональное отношение к собственной внешности. Второй опирается на исследование когнитивного

компонента и отвечает на вопрос: «Насколько точно субъект воспринимает свое тело?». В первом случае используются такие понятия, как «значимость» и «ценность» тела, «удовлетворенность» им; во втором — речь идет о «точности», «недооценке», «переоценке», «искажении» в восприятии тела.

Часть работ сторонников первого подхода сфокусирована на ценности, которую люди приписывают различным частям своего тела. В одном из таких исследований большому количеству испытуемых предлагалось оценить в долларах стоимость каждой части тела. Наиболее «дорогостоящими» оказались нога, глаз и рука. При этом психически больные субъекты «дешевле» оценивали тело, чем нормальные испытуемые, а женщины — «дешевле», чем мужчины (Плучек и др., 1973). В другом исследовании около 1000 мужчин и 1000 женщин должны были расклассифицировать в соответствии с их значимостью 12 частей тела (в этом исследовании использовался другой список частей тела). Социальноэкономический статус влияния на ответы не оказал. Мужчины оценили половой член, яички и язык как наиболее важные. Эта оценка не зависела от возраста, лишь у старых людей несколько снижалась оценка половых органов. У женщин оценки оказались менее определенными, лишь у тех, кому было за 70, язык стабильно оказывался на первом месте (Уэйнштейн и др., 1964). Физическая болезнь или увечье значительно меняют субъективную ценность различных частей тела (Липовски, 1975). Направленность изменения ценности зависит от степени повреждения части тела и от ее прежней субъективной значимости.

Ценность отдельных телесных качеств может изменяться под влиянием общественных процессов. Так, у японцев во время второй мировой войны в образе тела полностью обесценивалась грудь, а идеальной считалась плоская грудная клетка (женщины носили мужскую военную форму). Однако после войны под влиянием западной культуры образ тела радикально изменился, и в 50-х гг. японские женщины стремились иметь грудь «голливудских» размеров (Фишер, Кливленд, 1958).

Другая часть работ в рамках этого подхода направлена на анализ связи между эмоционально-ценностным отношением к

своей внешности и различными переменными Я-концепции. Чаще других для этого используются методики, предложенные С. Журардом и Р. Секордом (1955): «шкала отношения к телу» и шкала самоотношения. В первой испытуемые должны оценить по семибалльной шкале «нравится — не нравится» 46 частей и качеств собственного тела. Суммарный показатель удовлетворенности телом сравнивается с общим показателем удовлетворенности собой, полученным с помощью второй методики. Если в первой методике испытуемые оценивают такие понятия, как «нос», «ноги» или «цвет глаз», то во второй речь идет о «силе воли», «уровне достижений», «популярности» и т. п. Результаты исследований показали, что существует высокая положительная корреляция между удовлетворенностью телом и удовлетворенностью собой. Последующие работы подтвердили эти данные (Джонсон, 1956; Гандерсон, Джонсон, 1965).

В более поздних исследованиях обнаружено, что только определенные зоны тела оказывают влияние на самооценку и степень самоуважения личности (Махони, 1974; Махони, Финч, 1970). Существует высокая зависимость между уровнем личностной депрессии и степенью неудовлетворенности телом (Марселла, 1981). Высокая корреляция обнаружена между удовлетворенностью телом и ощущением личностной защищенности (Уэйнберг, 1960), а также между успешностью самореализации и оценкой собственного тела (Сион, 1968).

Второй подход представлен работами по изучению точности восприятия своего тела. Как правило, эти исследования основаны на использовании различных аппаратных методик — зеркал с меняющейся кривизной, подвижных рамок, искаженной фотографии, телевидеотехники и т. п. Получены интересные данные о зависимости точности самовосприятия от состояния сознания испытуемого (Сэйвэж, 1965; Джилл, Бренман, 1959), от возраста (Кетчер, Левин, 1955), от культурных стереотипов (Эркофф, Уивер, 1966), от коэффициента умственного развития (Шонц, 1969; Шафер, 1964), от самооценки (Бо-далев, 1965). В ряде работ показано, что при различных видах психической патологии, особенно при нервной анорексии (Гарнер, 1976, 1981) и шизофрении (Кливленд, 1962), наблю-

даются выраженные нарушения восприятия собственного тела. Подобные нарушения отмечаются и у лиц, страдающих ожирением (Гарнер, 1976). Несмотря на обилие экспериментальных данных, доказывающих существование тесной связи между особенностями образа тела и Я-концепцией, большинство исследователей не дает содержательно-психологического объяснения этой связи, ограничиваясь лишь указанием на их взаимовлияние. Если первое направление исследований образа тела (тело как вместилище Я) еще имеет в своей основе какую-то теоретическую парадигму, то данное направление в большинстве своем представлено работами, в которых обильные корреляционные связи между переменными телесного опыта и другими, «нетелесными», показателями полностью заменяют собой содержательный анализ.

Третье направление исследования образа тела и его связи с Я-концепцией в отличие от предыдущего имеет четкую методологическую основу, тесно связанную с психоаналитической теорией. Речь идет об исследовании тела и его функций как носителей определенного символического значения. Еще первые психоаналитически ориентированные исследователи при анализе конверсионной истерии пришли к выводу о том, что необычные сенсорные и моторные нарушения в определенных частях тела необходимо должны рассматриваться как символическое выражение желания. Например, руки или ноги символически приравниваются к пенису, а их паралич говорит о торможении сексуальных импульсов (Фенишел, 1945).

Т. Шаш (1975) рассматривает истерический симптом как некоторый «иконический знак» — способ коммуникации между больным и другим человеком. Больные истерией бессознательно используют свое тело как средство коммуникации, как протоязык для передачи сообщения, которое невозможно выразить обычным способом. Таким образом, соматические жалобы, боль и другие ощущения приобретают коммуникативную функцию.

Значительный вклад в экспериментальное изучение этой проблемы внесли работы американского психолога С. Фишера. Для выявления особенно значимых и осознаваемых участков тела он использовал созданный им «опросник телесного

фокуса». Опросник представлен 108 парами различных частей тела (например, ухо — левая нога). Испытуемый должен выбрать ту из них, которая в данный момент яснее и отчетливее представлена в его сознании. Опросник позволяет оценить индивидуальный способ распределения внимания по восьми зонам тела (передняя — задняя, правая — левая, живот, рот, глаза, руки, голова, сердце).

Результаты показали, что субъекты с выраженным «интересом» к определенной зоне тела обладают сходными особенностями личности, выявленными с помощью других опросников и проективных методик. Например, интерес к сердцу соответствует у мужчин озабоченности моральными и религиозными проблемами, а у женщин — общительности и доброжелательности; внимание ко рту характеризует агрессивных мужчин и стремящихся к власти женщин. При интерпретации результатов С. Фишер активно привлекает традиционные психоаналитические символы. Например, высокая корреляция между выраженной осознанностью задней зоны тела и такими личностными чертами, как контроль над импульсами и негативизм, интерпретируется в соответствии с фрейдистской теорией «анального характера».

Итак, связь между «осознанностью» зоны тела и определенными личностными чертами объясняется существованием символического значения этого участка тела. Такое значение, как правило, не осознается и отражает внутриличностные конфликты и защиты, интерес к определенным телесным ощущениям или, наоборот, стремление их избежать. Конфликты могут иметь отношение к сексуальным или агрессивным импульсам, стремлению к власти, близости с другими и т. п. Эти символические значения частично определяются детскими переживаниями. Если значимые для ребенка люди придают особый смысл какой-либо части тела или его функции, подчеркивая ее ценность или, наоборот, отрицательно реагируя на симптомы, связанные с ней, то у ребенка образуются ассоциативные связи между этой частью тела или функцией, с одной стороны, и особым к ней отношением или поведением — с другой. Например, если мать часто жалуется на головную боль, ребенок может установить связь между «головой» и выражением недовольства и раздражения, которые он замечает у ма-

тери в таком состоянии. В то же время результаты экспериментов Фишера доказывают существование не только индивидуальных, но и общих для определенной популяции людей символических значений отдельных частей тела. Так, связь между высокой степенью представленности в сознании такого органа, как глаза, и стремлением к объединению с другими людьми Фишер объясняет через метафорическое значение глаз как «принимающих», «впускающих внутрь себя» окружающий мир. Подобные значения образуются уже не в ходе индивидуального развития, а внутри опыта целой культуры.

По мнению Липовски (1981), знание символического значения частей тела и их функций важно для клиницистов, по крайней мере, по двум причинам. Во-первых, конфликты и влечения часто сопровождаются соматическими проявлениями, которые затем становятся символически связанными с темами конфликтов. Эти соматические симптомы могут в дальнейшем повторяться, как только субъект попадает в аналогичную ситуацию, и в силу этого могут быть ложно интерпретированы как проявление болезни. Во-вторых, повреждение части тела или его функции часто активизирует символическое значение, связанное с ней, и приводит к эмоциональной гиперреакции, иррациональным установкам и поведению. Любой из этих психопатогенных механизмов может сработать даже в случае небольшой травмы или легкой физической болезни. Это объясняет некоторые из «идиосинкразических» и патологических поведенческих реакций на органические телесные повреждения. <...>

Особую и весьма сложную проблему представляют связь и соотношение между используемыми в литературе терминами, касающимися различных аспектов телесного опыта. Мы намеренно не касались обсуждения этой проблемы ранее, чтобы представленный в первой части материал помог читателю реальнее представить, какие эмпирические факты и теоретические конструкции стоят за каждым из терминов. Ключевым и самым употребляемым понятием в данной области является понятие «образа тела». Анализ литературы позволяет выделить три главных подхода к его определению.

Первый представлен работами, в которых образ тела рассматривается как результат активности определенных ней-

ронных систем, а его исследование сводится к изучению различных физиологических структур мозга. В этом случае понятие «образ тела» часто отождествляется с понятием «схема тела», которое было предложено Боньером в 1893 г. и активно использовалось в работах Хэда (1920). Оно означает пластичную модель собственного тела, которую каждый строит, исходя из соматических ощущений. Схема тела обеспечивает регулировку положения частей тела, контроль и коррекцию двигательного акта в зависимости от внешних условий.

Работы Г. Хэда вызвали к жизни много клинических (особенно в области неврологии) исследований по восприятию тела, опирающихся на понятие «схема тела». Факты нарушения телесного осознания (например, потеря ощущения тела при левосторонней гемиплегии) вели к поискам мозговой локализации схемы тела. Была выдвинута гипотеза о том, что нарушение переживания тела типа анозогнозии обусловлено повреждением теменной доли субдоминантного полушария. Более поздние работы показали, что в осуществлении акта телесного осознания принимают участие обе теменные доли, сенсомоторная кора, теменно-затылочная область и височные отделы головного мозга.

Попытки отождествления схемы тела и образа тела предпринимаются лишь в работах физиологов и неврологов. В психологических исследованиях эти понятия четко разводятся, хотя и по различным основаниям. Например, П. Федерн (1952) считает, что схема тела описывает стабильное, постоянное знание о своем теле, а образ тела является ситуативной психической репрезентацией собственного тела. Более признанным и распространенным основанием разведения этих понятий является различная природа феноменов, стоящих за ними: схема тела определяется работой проприоцепции, а образ тела рассматривается как результат осознанного или неосознанного психического отражения.

Второй подход рассматривает образ тела как результат психического отражения, как определенную умственную картину своего тела. Внутри данного подхода происходит смещение нескольких понятий. В частности, Дж. Чаплин (1974), определяя образ тела как «представление индивида о том, как его

тело воспринимается другими», считает образ тела синонимом «концепции тела». По мнению Д. Беннета (1960), «концепция тела» лишь один аспект телесности, другим является «восприятие тела». Последнее рассматривается им как, в первую очередь, зрительная картина собственного тела, а «концепция тела» определяется операционально, как набор признаков, указываемых человеком, когда он описывает тело, отвечая на вопросы или рисуя фигуру человека. Причем если индивид описывает абстрактное тело, то это «общая концепция тела», если же свое собственное — это «собственная концепция тела». В отличие от «восприятия тела» «концепция тела» в большей степени подвержена влиянию мотивационных факторов.

Представители третьего подхода рассматривают образ тела как сложное комплексное единство восприятия, установок, оценок, представлений, связанных и с телесной внешностью, и с функциями тела. Такой взгляд на образ тела в настоящее время наиболее распространен. В качестве примера теоретических систем этого подхода приведем уровневое описание образа тела, сделанное известным исследователем в данной области Ф. Шонцем (1981). В его теоретической конструкции образ тела представлен на четырех уровнях: «схемы тела», «телесного Я», «телесного представления» и «концепции тела» (Шонц, 1974).

Восприятие тела как объекта в пространстве — фундаментальный уровень телесного переживания. Схема тела обеспечивает представление о локализации стимулов на поверхности тела, об ориентации тела в пространстве и положении частей тела относительно друг друга, простое гедонистическое различие между болью и удовольствием. Схема тела стабильна и нарушается только при таких глубоких воздействиях, как повреждение мозга, нарушение иннервации и действие фармакологических препаратов. Даже такие серьезные психические нарушения, как невроз и психоз, минимально влияют на нее.

Жизненный опыт разделяется на тот, который относится ко мне, и тот, который ко мне не относится. Ребенок начинает постигать мир тоже исходя из своего собственного тела: он учится различать «внутри» и «снаружи», «перед» и «после»,

«там» и «здесь» и другие телесно определяемые обозначения дистанции и направления. Этот уровень образа тела определяет телесную самоидентичность.

Как Правило, представление человека о своем теле непрерывно развивается. Фантазии и сны обычно опираются на непривычные знаки и символы и часто не следуют правилам и логике. Одновременно тело и его функции могут иметь несколько обозначений. Например, человек, называющий себя обезьяной, может привести несколько доводов в подтверждение этого. Он думает о себе так, потому что он ловок и проворен или же потому что он оценивает себя примитивным, или от того, что он очень волосат. На этом уровне замыкаются элементы других уровней образа тела.

Концепция тела — формальное знание о теле, которое выражается с помощью общепринятых символов. Части тела имеют названия, их функции и взаимоотношения наблюдаемы и могут быть объективно исследованы. Этот тип осознания тела полностью соединяется с рациональным пониманием и служит регулятором поведения, направленного на поддержание здоровья и борьбу с болезнями.

Крупнейший теоретик в данной области Фишер вынужден признать: существует серьезная путаница в использовании ряда терминов, имеющих отношение к образу тела. Но, по его мнению, нет особого вреда в их использовании, они представляют собой лишь удобные пути описания эмпирических фактов. Не стремясь дать строго исчерпывающее определение образа тела, он предпочитает пользоваться максимально широкой категорией «телесный опыт»; которая охватывает все, имеющее хоть какое-либо отношение к психологической связи «индивид — его тело». По мере необходимости эта категория конкретизируется и приобретает более определенное значение. При исследовании воспринимаемых субъектом объективных параметров своего тела подразумевается «восприятие тела», когда дело касается связи с более широкими психологическими системами — «концепции тела». При анализе особенностей распределения внимания к различным участкам тела используется термин «осознание тела». Категория «телесного Я» появляется, когда исследуются особенности телесной самоидентичности.

Эмпирическое изучение телесного опыта у пациентов с пищевыми аддикциями

В данном разделе на примере изучения лиц с нарушением пищевого поведения при нервной анорексии и ожирении рассматривается связь образа телесного Я и самоотношения (Соколова, 1989,1991; Соколова, Дорожевец, 1985,1991; Соколова в др., 1986). Выдвигается гипотеза о детерминации направления искажения образа телесного Я знаком самоотношения и уровнем дифференцированности аффективно-когнитивного взаимодействия как интегрального показателя зависимости — автономии в структуре личностного стиля. Предполагается далее, что чем большей субъективной ценностью обладают телесные качества Я и чем больше диссоциация между Я — Грандиозным и Я — Зависимым, тем более будет подвергаться искажению образ Я.

<...>

Согласно развиваемым в исследовании теоретическим представлениям, нарушения пищевого поведения имеют интимнейшее отношение к диссоциации и расщеплению телесного опыта и целостной структуры Я. Они глубоко интенци-ональны, несут в себе мощнейший мотивационный заряд, нуждающийся в «дешифровке». Цели проведенного исследования не ограничиваются экспериментальной проверкой выдвинутых гипотез. Вслед за анализом экспериментальных данных выявленным феноменам дается семиологическая трактовка (Бахтин, Барт, Лакан), имея в виду, что выражаемый на языке телесности опыт, относясь к сфере «заказанного» (запрещенного), не может быть понят исключительно в терминах осознаваемых и вербализованных значений, но скорее в виде метафоры, символа, целостно передающего их смысл как «телесно-душевных» содержаний сознания.

Основная экспериментальная группа включала 102 пациентки в возрасте 15-38 лет с диагнозами нервная анорексия (47 человек) и ожирение, экзогенно-конституциональная форма (55 человек). Все пациенты обследовались дважды — в начале и в конце лечения. В контрольную группу входило 50 психически здоровых лиц без нарушений пищевого поведения. Программа фонового обследования включала патопсихологическое

обследование, оценку уровня психологической дифференцированное™ и зависимости по тесту «Встроенные фигуры» (Виткии) и «Рисунок человека», реконструкцию субъективного жизненного пути и семейной ситуации на основании анализа истории болезни, проективных тематических бесед и рассказов ТАТ, проективного рисуночного теста «Моя семья» (20 больных нервной анорексией и 20 с гипералиментацией).

По данным основной экспериментальной процедуры — теста Точечной оценки ширины тела, все пациенты показали значимо большее искажение образа внешности, чем испытуемые контрольной группы ($P < 0,01$). Корреляционный анализ данных теста Точечной оценки с показателями самоотношения, измеряемого с помощью варианта методики Дембо — Рубинштейн, опросника значимости и удовлетворенности телесными качествами, выявили следующее: 1) в статистически достоверном большинстве случаев при эмоционально-позитивной оценке параметра внешности его ширина перцептивно недооценивается, при негативной — переоценивается; 2) чем более эмоционально негативно оценивается телесный параметр, тем более он переоценивается; и чем более позитивно — тем более недооценивается ($P < 0,1$). Таким образом, взаимодействие аффективного и когнитивного компонентов в структуре осознания телесного Я носит характер «когнитивного подтверждения аффективного самоотношения».

Доказываемый тезис о прямой зависимости характера когнитивного искажения от особенностей эмоционального самоотношения не означает отрицания возможности обратного влияния: переоценка или недооценка могут оказывать соответствующее влияние на эмоциональную оценку внешности. Однако у пациентов с нарушением пищевого поведения круг аффективно-когнитивных взаимодействий запускается преимущественно факторами аффективной природы. Данное предположение проверялось в дополнительном эксперименте: в процедуре «Уровень притязаний» пациенты показали высокую чувствительность самоотношения к личностному неудачу. Снижение парциальных самооценок иррадиирует на область самооценки внешности, что приводит к соответствующим искажениям воспринимаемых размеров тела. Анализ

результатов показывает, что больные нервной анорексией и ожирением превосходят здоровых испытуемых по величине искажения не только за счет более выраженной субъективной значимости внешности, но также за счет более низкого, чем в норме, уровня психологической дифференцированности (по данным тестов Встроенные фигуры, Рисование человека, Самоописание внешности — $P < 0,01$).

Низкий уровень психологической дифференцированности ответственен и за высокую сензитивность, стрессодоступность самоотношения пациентов к дезорганизирующему влиянию любых аффективных факторов, вызывающих легкую смену знака самоотношения, его дестабилизацию — эффект «хрупкого» и альтерирующего Я, описанные нами ранее как феномены «пограничного» самосознания.

Эффект чередования перцептивной недооценки и переоценки телесных параметров, являясь следствием динамики самоотношения, а именно диссоциации и последующей смены смысловых позиций Я, имеет в своей основе конфликт мотивационных ориентации в структуре Всемогущего и Зависимого Я. Всемогущее (поверхностное) Я отражает состояние невротической потребности в сверхдостижении (перфекционизме), ориентировано на социокультурные эталоны и идеалы «изящной» и спортивной женщины, в то время как более глубинное Я ассоциируется с переживанием потери эмоциональной близости и зависимостью. Перцептивная недооценка может быть результатом прямого и непосредственного (аутистического) проникновения мотивации сверхдостижения в восприятие и оценку телесного Я, сигнализирующего об удовлетворении стремления Всемогущего Я к «самосовершенству»¹. Сказанное справедливо прежде всего относительно экспериментальных данных, полученных в группе больных нервной анорексией. Недооценка телесных параметров пациентами с гипералиментацией более адекватно может быть понята как результат опосредованного влияния мотивации на самовосприятие, как феномен перцептивной защиты, обусловленный

¹ В интерпретации психологических механизмов искажения образа телесного Я широко используются теоретические модели, апробированные нами при изучении патологии восприятия (Соколова, 1976).

механизмами отрицания и самоидеализации, перцептивными эквивалентами ранее описанного стиля «самоприукрашивания и слепых пятен в самовосприятии».

Перцептивная переоценка размеров тела, напротив, свидетельствует о фрустрации перфекционистской мотивации Всемогущего Я, вследствие чего телесное Я начинает оцениваться как «слабое», «преградное», недостойное уважения. Эффект перцептивной недооценки, как и эффект перцептивной переоценки телесных параметров, являются следствием определенной динамики аффективных и когнитивных процессов в структуре самосознания, а именно выступают «когнитивным подтверждением аффективного самоотношения» (Соколова, 1989; Коркина, Соколова и др., 1986).

Выявленная каузальная зависимость между двумя обобщенными классами психических образований имеет статус системной причинности, проявляющийся в особенностях формально-динамических взаимодействий в структуре самосознания. Выявленные феномены самосознания можно представить себе и как результат «вертикально» действующих причинностных связей. Генетическая интерпретация находит поддержку при психокоррекционной работе с пациентами, при анализе их «субъективных биографий» и позволяет вскрыть семейные корни синдрома «пищевых нарушений». Подростково-юношеский возраст актуализирует у пациенток базовый невротический конфликт автономии—зависимости. Автономия и сохранение родительской (прежде всего материнской) любви и привязанности психологически оказываются несовместимыми стремлениями: автономия достижима лишь ценой потери привязанности, сохранить же привязанность возможно лишь путем отказа от независимости. Неразрешимость подобным образом сформулированной дилеммы самосознания очевидна. Если допустить, что главные симптомы — отказ от еды и похудание — обладают мотивирующей силой (условной желательностью), то возможный ответ на вопрос «ради чего?» будет заключаться в следующем. «Отказ от еды» в субъективной логике имеет смысл разрыва эмоциональных связей, а стремление к похуданию и «идеальной фигуре» — идентификации с идеализированной материнской

фигурой, что на эмоциональном уровне позволяет компенсировать разрыв телесно-психологического симбиоза. Перцептивная недооценка телесных параметров в этом случае когнитивно «выражает» и «подтверждает» удовлетворение потребности в телесном симбиозе и зависимости. От телесных переживаний идет также дополнительный стимул похудения: сильное похудание сопровождается рядом соматических симптомов, сглаживающих, затормаживающих физиологическое созревание. Таким образом, возникает новый смысл симптома — страх и избегание женственности, неготовность к принятию роли зрелой женщины, стремление остаться «маленькой и питаемой», и в этом различается голос Зависимого и Ослабленного Я. Напротив, мотивация сверхдостижения, стремление к «изящной фигуре» имеет своим источником Всемогущее Я, защитное по своей природе, побуждающее к перфекционизму, а через него — к достижению личной автономии. Недооценка размеров телесных параметров (ярко выраженная на этапе кахексии у аноректиков) объяснима тогда как результат триумфа всемогущего Я, готового достичь желанной независимости пусть даже ценой жизни. Одновременно здесь находит удовлетворение другой мотив, исходящий из структуры Ослабленного Я, о котором Всемогущее Я «ничего не знает» — слияния и симбиоза, недостижимого иначе как в антивитальности, телесной аннигиляции.

Перцептивные искажения телесного Я, как мы видим, имеют своим источником конфликтную мотивацию, исходящую от двух разных структур Я. Переоценка в восприятии ширины тела субъективно связывается с неудачей в реализации по-требности Я в самоконтроле, самоэффективности и потребности соответствия идеалу, то есть фрустрацией потребности в «перфекционизме». Неудача в реализации этой потребности в свою очередь означает поражение защитного Всемогущего Я в его стремлении к силе, автономии и сверхдостижениям. Но неудача Всемогущего Я знаменует «прорыв» Я-зависимого (телесного) с его сильной аффилятивной потребностью, желанием привязанности, взаимного «напитывания» и одновременно чувством бессилия и стыда из-за неспособности контролировать свои желания. Чем больше преувеличивается ши-

рина груди, талии, бедер (наиболее значимых для пациенток телесных параметров), тем более слышим голос вытесненной «женственной» части Я, тем более жестокий контроль со стороны Всемогущего Я должен быть применен, тем жестче надо быть во взаимоотношениях с другими, а следовательно, жестче контролировать свои эмоции, желания — в том числе и потребность в пище. Круг замыкается, аффективно-когнитивные взаимодействия запускаются вновь, сверхконтроль (репрессия) сменяется импульсивностью, последняя вновь сверхконтролем (Соколова, 1991).

Снять некоторую парадоксальность используемых здесь интерпретативных схем возможно, если принять, что с психологической точки зрения перфекционизм — обратная сторона зависимости от авторитетов, семейных завышенных стандартов и «сценариев», следствие интериоризации навязчивых и навязанных родительских требований. В самосознании этот феномен дает себя знать преобладанием модальности долженствования Всемогущего Я, в которой субъект осмысляет собственную личность: «Я должна быть (хорошей дочерью, уверенной, счастливой, удачливой, привлекательной женщиной)». Образованная на основе императивов долженствования, структура Всемогущего Я, с одной стороны, позволяет адаптироваться к ситуации «условного принятия» и заслужить таким образом родительскую любовь, с другой стороны — защищает и укрывает структуру «истощенного Я», фрустрированного в своих ожиданиях любви и привязанности. В самосознании Ослабленное Глубинное Я отзывается широким спектром негативных чувств — низкой самооценкой (самоуважением), убежденностью в собственной непривлекательности, неверием в способность вызвать любовь и уважение окружающих, постоянным ощущением своего проигрыша в сравнении с другими, в конечном итоге — тотальным страхом потери и потерянности.

Сверхконтроль и перфекционизм являются, таким образом, проявлением защитного замещающего Я, в то время как скрытая под ним другая структура Я характеризуется стремлением к неограничиваемой протекции, защите, привязанности, неосознаваемом подавленном желании всегда оставаться

7 сосунком, которого «кормят» все окружающие. Самосознание аноректика, таким образом, образовано двумя оппозиционными структурами с диаметрально противоположными характеристиками, в отношении которых отсутствует момент осознания и интеграции, последнее позволяет сделать вывод о «рас-колотости» целостной интегрированной структуры Я. В то время как Всемогущее Я живет за счет мотивации достижения, автономии и самоконтроля (везде с приставкой «сверх»), Ослабленное Я «подпитывается» за счет поддержки и опеки окружающих, стремится к симбиотическому слиянию и инфантильной безответственности.

В дезинтегрированное самосознание оппозиция мотивов возвращается в форме защитных стратегий и «ложных дилемм». Либо сильный, способный к самоконтролю и достижению, либо зависимый; если зависимый — значит, подчиняемый и слабый; если женственный — значит, не способный к самоконтролю, подчиняемый; если дающий волю чувствам — значит, женственный; если женственный — значит, подчиняемый и слабый и т. д.

Подобная структура самосознания предполагает расщепление и жесткую дихотомичность образов Я, а следовательно, необходимость исключения из сознания одного из полюсов оппозиций — либо потому, что сами оппозиции ложны, либо потому, что, сконструированные таким образом, они действительно подразумевают не сосуществование и интеграцию различных, но необходимых аспектов Я, а расщепление их с последующей репрессией то одних (аффилиация и аутосимпатия, но отсутствие самоуважения), то других (самоуважение, но лишение аутосимпатии). Заглушением голоса одной из структур Я прерывается дальнейшее развитие, сужается спектр личностных проявлений, «иссушается», лишается витальности, спонтанности и креативности, прячется реальное Я — прячется под маску фальшивого Всемогущего Я, не позволяя ослабленному «детскому» Я избавиться от зависимости через развитие зрелых отношений привязанности и автономии. Складывающиеся в раннем детстве, а потому чрезвычайно устойчивые и даже ригидные, ложные дилеммы существуют в самосознании в форме взаимоисключающих альтернатив, со-

здают мощное сопротивление саморазвитию и всяким попыткам психологического воздействия, поскольку движение в сторону независимости неизбежно вызывает страх потери привязанности и теперь уже вторично закрепляет зависимость, пищевую в том числе, и т. д., по принципу порочного круга.

Для более глубокого понимания и интерпретации генеза аддиктивного пищевого поведения, на наш взгляд, необходимо обратиться к анализу пищевого поведения как своего рода модели ведущей деятельности, в которой в онтогенезе опредмечиваются базовые потребности младенца, завязываются и поддерживаются первичные эмоциональные связи с другими людьми, усваиваются и интериоризируются первичные механизмы самоконтроля и психологической защиты (Соколова, 1991). Метафорическое и символическое значение еды и пищи кажется достаточно очевидным: поддерживать жизнь, связывать эмоционально и телесно, вкушать мир, ощущать вкус мира, впускать в себя, встречать мир (Бахтин, Перле).

В онтогенезе, как и всякая высшая психическая функция, акт принятия пищи выступает вначале в своей натуральной форме, как функция организма, осуществление которой предполагает другого человека — кормящую мать. В первые дни и месяцы жизни ребенка кормление становится той «ведущей деятельностью», в которой формируются другие психические процессы и прежде всего — самоотношение как эмоциональная матрица самосознания.

Кормление, его режим, его эмоциональный аккомпанемент выступают для ребенка первичной моделью его взаимоотношений с другими людьми и миром в целом. Кормящая младенца мать может быть высоко сензитивна и эмоционально отзывчива к потребностям ребенка, но может руководствоваться и иными соображениями, например, кормить тогда, когда «это положено», согласно какой-то «системе» или когда это удобно ей самой, может «затыкать рот ребенку» грудью, когда он беспокоен или плачет совсем по другим причинам, понять которые мать либо не хочет, либо не способна.

Ритм кормления, его согласованность с истинным состоянием ребенка (т. е. тогда, когда он сам этого хочет) интериоризируется в базальное доверие собственным потребностям, способности своей инициативой и активностью вызвать соответст-

вующее удовлетворяющее эти потребности поведение значимого Другого. Напротив, навязывая ребенку вопреки его желаниям ритм кормления, мать навязывает ему тем самым и недоверие к себе самому и к окружающему миру, способствует формированию взаимозависимости и внешнего локуса контроля. Кормлением мать может поощрять и наказывать, награждать, баловать, играть, обманывать, замещая кормление соской, игрушкой, лаской. С молоком матери «впитывается» ребенком система значений, опосредующих натуральный процесс поглощения пищи и превращающих его сначала в орудие внешнего, а затем и внутреннего самоконтроля.

Сказанное в полной мере относится к генезу таких механизмов психологической защиты, как интроекция, замещение, проекция. Более того, ребенок получает в руки мощное средство воздействия на других, прежде всего близких людей, ибо привязывается не только тот, кого питают, но и тот, кто питает. Теперь уже ребенок своим поведением во время кормления может радовать, огорчать, вызывать тревогу, повышенное внимание или материнское отчаяние, т. е. он научается управлять и манипулировать поведением значимого другого.

Известно, что младенцы сосут по-разному — одни пассивно, как бы без аппетита, засыпая на ходу, другие активно, нахально-агрессивно; одни спокойно, не торопясь, другие так, как будто боятся, что грудь отнимут; одни недоедают, другие переедают; одни активно требуют, добиваются, другие пассивно ждут и получают, когда дадут; одни тут же засыпают, насытившись, другие «гуляют» и явно склонны, вкусно поев, пообщаться.

С психологической точки зрения, процесс поглощения, переваривания и усвоения пищи является обобщенной метафорой взаимоотношений человека с миром. Более того, разнообразные формы невротических симптомов переводимы на язык нарушений пищевого поведения и могут быть выражены в пищевых метафорах усвоения пищи — освобождения от шлаков. Нарушения пищевого поведения, исходя из этой точки зрения, рассматриваются нами в качестве соматизированной формы нарушения «диалога» и «контакта» с самим собой и другими людьми. Вместо диалогического отношения к миру формируются насильственно манипулятивные паттерны общения и образа Я.

Ганнушкин П. Б.

СЛАДОСТРАСТИЕ, РЕЛИГИЯ И ЖЕСТОКОСТЬ¹

Патологические явления
есть не что иное, как
преувеличенные физиологи-
ческие явления.

Лобипштейн

Болезнь может дать ключ к
пониманию многих явлений
из области морально-
аффективной и
интеллектуальной; она
раскрывает их истинную при-
роду.

Ж. Моро (де Тур)

Религия не препятствует
ни пороку, ни преступлению;
она иногда даже
способствует и тому и
другому.

Корре

Три чувства, совершенно различные на первый взгляд, — злоба, сексуальная любовь и религиозное чувство², — если опираться на множество фактов и соображений, находятся друг к другу в большой близости; тогда, когда возрастает их интенсивность и в особенности, когда злость трансформируется в жестокость, в свирепость, сексуальная любовь в сладострастие и религиозное чувство в фанатизм или в мистицизм, тогда эти три чувства совпадают или смешиваются без заметных границ.

Факты и соображения, которые мы позволяем себе изложить, распадаются на три группы: 1) мы должны доказать родство религиозного чувства и сексуальной любви; 2) сексуальной любви и злобы; 3) религиозного чувства и злобы. Таким образом мы сможем доказать родство каждого из этих чувств

¹ Статья из книги автора: Избранные труды по психиатрии. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1998. - С. 269-291.

² Сначала мы должны сказать, что, трактуя его как религиозное чувство, мы не рассматриваем аффективную сторону этого сложного чувства, не затрагивая сторону интеллектуальную (Вундт связывает религиозное чувство с категорией интеллектуальных чувств).

с каждым другим и тем самым, очевидно, будет доказано родство всех этих чувств в их совокупности; тогда главная часть нашей проблемы была бы решена. Мы заранее согласимся, что для решения нашей проблемы мы не собрали еще достаточно фактов, но мы полагаем, что основное состоит не столько в количестве фактов, сколько в том, что они нам говорят.

I

В Риме, в церкви Санта Мария делла Виктория, находится группа Лорецо Бернини, неаполитанца (1598-1680), в которой изображена святая Тереза, лежащая без сознания на мраморном облаке, и ангел, который готовится пронзить ее сердце стрелой мистической любви. «Нет необходимости разъяснять, — говорит по этому поводу Любке, — что религиозный экстаз в этом случае представлен характером чувственности не потому, что художник так хотел, но в силу естественного психологического состояния, которому обычно подвластна чрезмерная религиозность».

Если мы попытаемся найти происхождение этой атмосферы, насыщенной сладострастием, то мы должны будем признать, что ее зародыши отчетливо видны во всех "последних работах Корреджо, где взгляды мадонн и святых имеют слишком земное выражение.

Таким образом, идея родства религиозного чувства и чувства сексуального¹ проникла также в искусство².

Если бы мы хотели исследовать, в какую эпоху эта идея начала реализоваться, мы должны были бы обратиться к самой

При попытке найти идентичную композицию в отношении этих двух чувств кое-что можно встретить в трудах Неймана (Lehrbuch der Psychiatrie. — Учебник психиатрии, 1859), а также в трудах Крафт-Эбинга (Psychopathia sexualis, 1893).

Мы не можем не привести выдержку из Золя, в которой в художественной манере представлена связь этих чувств: «Мюффа снова стал ревностно исполнять религиозные обязанности... Небо вырвало его из рук женщины, чтобы передать в руки господу бога. Граф находил в религиозном экстазе сладострастные ощущения, пережитые с Нана, те же мольбы и приступы отчаяния, то же самоуничижение отверженного существа, на котором лежит проклятие его пола. В церкви, с онемевшими от холодных плит коленями, он снова переживал былые наслаждения, вызывавшие судорожную дрожь во всем теле, помрачавшие его разум, удовлетворяя смутные потребности, таившиеся в темных глубинах его существа» (Э. Золя, «Нана»).

отдаленной древности, может быть, даже к тому времени, когда религиозное чувство только еще народилось у человека. «Глубокая древность, — говорит Моро (де Тур)¹, — связывала с религиозной идеей признаки, которые теперь кажутся нам непристойными или смешными... В Вавилоне, в Финикии, в Армении и др. все женщины должны были принести любовную жертву на специальном алтаре². Такой обычай существует еще и в наши дни во многих провинциях Индостана, Цейлона, в Полинезии, в частности на Таити. Египтяне, греки, римляне имели множество праздников, где царил разнузданный разгул. В наши дни в Индии, где религиозные традиции сохранились во всей их чистоте, праздники, которые носят имя "праздники Сакти-Пудия, или мистерии всеобщего оплодотворения", воспроизводят все, что можно вообразить, все противоестественные гнусности, окруженные всей помпой индусских церемоний».

В средние века существовала целая серия религиозных фанатических сект, в которых характерным образом сочетались религия и любовь. Так, николеты проповедовали отсутствие всякого стыда в сексуальных функциях и учили, что страсти, даже самые низкие и грубые, полезны и святы; адамисты учили, что стыдливость должна быть пожертвована богу; наконец, мы должны упомянуть еще об одной эротической секте, пи-кардистов, которые позже появились во Франции под именем «насмешников» (*«turlupins»*)³. Можно проследить существование подобных сект до нашего времени. Так, Ева Батлер (XVII-XVIII столетия) основала в Гессене «секту религиозных филадельфийцев», которая проповедовала воссоединение духа и тела; в начале XIX столетия пасторы Эбель и Дистель основали в Кенигсберге секту «баб» (*«moukkers»*), которую обвинили в том, что под маской религии она скрывала разврат; такова же природа секты «хлыстов», еще и ныне существую-

¹ Des aberrations du sens genesique, 1880, Сootв. ссылка в произведениях Жаколлио (Jacolliot), Etudes indianistes; Монтеня (Montaigne), Essais, HI; см. Ломброзо и Ферреро (Lombroso et Ferrero), La femme criminelle et la prostituee и также Ploss, Das Weib.

² Храмы богини Милитты имелись в Вавилоне, богини Анаитис в Армении, богини Астарты — в Финикии и богини Изис — в Египте.

³ См. Ломброзо и Ферреро, цит соч.; оно реферировано в сочинении Дюфура (Dufour), L'histoire de la prostitution.

щей в России, члены которой во время их религиозных церемоний, называемых «радения», впадают в экстаз, в котором они предаются необузданному разврату. Жизнь монастырей чрезвычайно богата примерами, когда не только усердно молятся, но когда при случае предаются самым экстравагантным оргиям, где религиозное мистическое единство полов приводит к соединению менее духовного порядка.

Не без оснований во многих странах до настоящего времени существует слух, будто тот или другой женский монастырь соединен подземным ходом с соседним мужским монастырем¹. Жизнь святых² не имеет недостатка в примерах, когда сексуальный инстинкт занимает господствующее положение. Так, фанатик Ловат, который себя распял в Венеции в 1805 г., отрезал половые органы и выбросил их в окно. Монашенка Агнесса Бланк-бекен была постоянно томима идеей узнать, что стало с частью тела Иисуса Христа, удаленной при обрезании. Святая Екатерина Генуэзская часто страдала таким внутренним жаром, что для того, чтобы немного успокоиться, она ложилась на землю и кричала: «Любви, любви, я больше не могу!».

Она была настолько сильно привязана к своему духовнику, что когда однажды приблизила свой нос к его руке, она испытала такой запах, который проник в ее сердце: «Божественный запах, — говорила она, — который может пробудить мертвых». Святая Армелль и святая Елизавета страдали от любовного огня. Наконец, хорошо известны мучительные искушения сексуального характера, от которых страдали святые, как,, например, святой Антоний Отшельник. Можно без труда привести большое число подобных примеров.

Врачи и особенно психиатры давно уже уделяют внимание близости религиозных и половых чувств; психиатры, больше чем кто-либо другой смогли установить связь этих феноменов. Время более выраженного религиозного чувства есть время полового развития (Нейман, Крафт-Эбинг), когда новые и незнакомые сенсации требуют какой-то объективации (Крафт-Эбинг).

¹ См. Ploss, op. cit., где он ссылается на высказывания секретаря папы Урба на VII. Thierry de Niem, Barlette Maillard и др.

² См. Friedreich. A Ugemeine Diagnostik der psychischen Krankheiten, 1832, и другое его сочинение: Systematisches Handbuch der gericchtilichen Psychologie, 1835.

«Религиозный фанатизм, — говорит Модели¹, — одетый в болезненную форму, часто сопутствует болезненному сладострастию, тогда как у некоторых женщин, и особенно у незамужних и бездетных, религиозная диспозиция бывает связана с болезнями матки». Связь между религиозной экзальтацией и сексуальным возбуждением была отмечена Фридрихом, Мейнертом², Марком, Режис, Луазо, Бронардель, Ломброзо, Балль, Моро³ и др. Религиозное помешательство (паранойя религиоза) очень часто связано с болезнями половых органов, и в клинической картине этого помешательства галлюцинации сексуального характера, мастурбация и всякого рода сексуальные эксцессы занимают настолько заметное и постоянное место, что на это можно найти указания в каждом элементарном руководстве по психиатрии. Фридрих⁴ приводит случай религиозной меланхолии; этот больной до начала заболевания и в течение его страдал очень частыми поллюциями; когда поллюции прекратились, закончилась и психическая болезнь. Икар⁵ приводит серию наблюдений религиозного помешательства, которое совпадало или со временем полового созревания, или с началом месячных, или с их временной задержкой, или с менопаузой.

Два следующих наблюдения очень показательны для случаев, которые нас интересуют.

«1. Религиозный энтузиазм, галлюцинации, желание уйти в монастырь и другие психические нарушения возникают периодически у особы, менструации у которой возникли в 18 лет и вначале были скудными, а годом позже полностью прекратились. Продолжительное лечение болезни матки сразу же привело к возобновлению регул и вернуло прежнее здоровье». «2. Девушка двадцати лет после полной задержки месячных впала в религиозную экзальтацию и стала очень возбуж-

¹ Maudsley. Physiologie de l'esprit, 1871.

² Мейнерт в своих клинических лекциях (Klinische Vorlesungen, 1890) предпринимает интересную попытку физиологического объяснения одновременности болезненных состояний сексуального и религиозного характера у эпилептиков, объяснения, с которым, однако, нельзя полностью согласиться.

³ Несомненно, что мы не навали и половины психиатров, которые свидетельствуют об этой связи.

⁴ См. сноску 2 на стр. 87.

⁵ Jcard. La femme pendant la periode menstruale.

денной. При соответствующем лечении месячные вернулись и постепенно наступило выздоровление».

«Связь между религиозным помешательством и половыми органами, — говорит Фридрейх, — настолько очевидна, что даже те вещества, которые влияют на половые органы, могут провоцировать психическое заболевание, как, например, дурман. Соваж сообщает о нескольких интересных наблюдениях, которые возникли при употреблении этого растения и которые проявились главным образом в форме религиозно-мистического помешательства». Задержимся в области психиатрии еще на двух примерах, которые, в силу их рельефности, едва ли имеют им равных. В первую очередь это молитва одной истерички, о которой сообщает также Фридрейх. Эта молитва адресована святому Эммануилу: «О! Если бы я тебя нашла, божественный Эммануил, если бы ты был расprostерт на моей кровати, мое тело и моя душа возрадовались бы; лриди, и чтобы мое сердце послужило бы тебе убежищем, возложи свою голову на мою грудь» и т. д. Другое наблюдение, еще более интересное, сообщено Моро де Туром в его известном сочинении *La psychologie morbide*. Он цитирует письма больной М. Х., которая пишет о любви божественной, которая пронизывает и воспламеняет все части ее тела и ее душу. «... Однажды ночью, проснувшись, я почувствовала как бы оборвавшееся наслаждение, мои руки, как бы сами по себе, скрестились на моей груди, и я в страхе ожидала, что скажет Господь. Я его увидела очень отчетливо таким, каким он описан в Песне песней, но полностью обнаженным. Он простерся около меня, его ноги были на моих, его руки скрестились с моими, разорвав свой терновый венок, он прижал мою голову к своей; затем, в то время когда я почувствовала боли от его гвоздей и терновых игл, его губы коснулись моих и мне был дан божественный поцелуй, поцелуй божественного супруга, ондохнул мне в рот дивным дыханием, которое влило во все мое существо освежающую бодрость, радостное несравнимое содрогание».

Мы не должны удивляться баронессе Крюденер, которая то восклицала: «Любовь, это я», то «Небо, это я». Не должны удивляться и больной Мореля, на которую ссылается М. Ритти (*La folie a double forme*), которая была по очереди то религиозной, то проституткой; связь между рассмотренными феноменами

настолько постоянна, что, по мнению Балля¹, «можно было бы думать, что основа обоих феноменов — одни и те же клетки».

II

Если идея о наличии родства между религиозным и сексуальным чувствами сравнительно меньше проникла в искусство, если эта идея сравнительно меньше обработана поэтами и художниками, то совершенно иначе обстоит с вопросом об интимности сексуального чувства и жестокости. Если живопись, скульптура и поэзия, современные роман и драма часто обращаются к этому вопросу, если они широко затрагивают эти мотивы, то о них бессмысленно говорить в небольшой статье, поскольку имеется достаточно материала для целой книги. Сама история дала нам слишком поразительные примеры близости между жестокостью и сладострастием для того, чтобы можно было бы рассмотреть их детально².

Мы удовольствуемся материалом, который нам доставляет криминальная психопатология и антропология. Можно считать установленным, что у очень большой части людей зло, которое они причиняют другим³, вызывает у них чувство сладострастия; с другой стороны, не нужно рассматривать как

¹ *Lessons sur les maladies mentales*, 1880-1883.

² В работе Кальмеиля (Calmeil) «О помешательствах» (*De la folie*, I), 1845, можно найти примеры психических эпидемий, где встречается эта близость. В истории у людей, достигших вершины власти, мы находим много жестоких примеров жестокости, соединенной со сладострастием (Сулла, Август, Калигула, Нерон, Вителлий, Домициан, Генрих VIII; и женщины: Агриппина, Фульвия, Мессалина, Елизавета Английская); другие менее показательные известности — Жиль де Реп, граф де Шаролэ и др.

³ Сразу же мы встречаем противоречие. Действиями, которые зачастую провоцируются чувством сладострастия, бывают не только действия, причиняющие зло другим, но и такие, когда страдают от зла, причиняемого другими. Но это противоречие кажущееся: принято думать, что чувство, которое сопровождает действия, причиняющие вред другим, иное, в сравнении с чувством, сопровождающим действия лица, страдающего от вреда, причиняемого на деле, напротив, эти два чувства должны быть много ближе друг к другу, чем обычно думают. В противном случае будет трудно объяснить наблюдения, где отмечается у одного и того же садизм и мазохизм. Подобные случаи приводятся в вышеназванной монографии Крафт-Эбинга. По этому доводу нужно заметить, что имеется целая серия психически больных, у которых действия, причиняющие зло другим, жестокость по отношению к другим и по отношению к самому себе (в экстраординар-

психически больных или дегенератов всех тех, у кого сексуальные функции сопровождаются актами жестокости. Эти два основных положения позволяют нам констатировать непрерывность между нормальными сексуальными функциями и фактами из сексуальной жизни¹, которые известны в специальной литературе под именем садизма, активной алгопагии, лягвеномании, эротического тиранизма и т. д.

Сексуальное чувство, половой акт могут сочетаться с жестокостью тремя способами: 1) жестокость следует за копуляцией; последняя не дает удовлетворения и субъект заканчивает серией зверств над своей жертвой; 2) жестокость предшествует копуляции; в этом случае жестокость восстанавливает потенцию, уже ослабленную или исчезнувшую; 3) копуляция не имеет места и она замещается жестокостью; это садизм в собственном смысле слова, где жестокость является эквивалентом половой любви. Меньшую часть составляют случаи, где половое возбуждение вызывается не путем совершения поступков, приносящих вред другим², но только при созерцании подобных сцен жестокости и даже только при представлении подобных сцен.

В плоскости нашей проблемы эти последние случаи особенно поучительны; все же мы не цитируем их более пространно; их легко можно найти в классической монографии Крафт-Эбинга (*Psychopathia sexualis*, 1893) и в сочинении Эйленбурга (*Sexuale nearopattie*, 1896); мы не можем все же не остано-

ных случаях — импульсы к убийству и к самоубийству) идут рука об руку; так бывает при меланхолии и при деманоманическом бреде. Наконец, существует целая серия сект, где бичевание по отношению к самому себе и по отношению к другим всегда идут вместе.

¹ Садизм наблюдается также и у животных (см. Ломброзо). Верблюд в период течки бывает очень злобен и всех кусает, даже самку и детенышей во время вспышки полового возбуждения. Кенар часто в подобных случаях разрушает собственное гнездо и разбивает яйца, он убивает самку и для его укрощения нужно ему дать двух. В некоторых породах пауков самка, которая более крупна, чем самец, втягивает в паутину самца и убивает его после спаривания.

² Молль (*Moll, Die conträre Sexualempfindung*, 1891). Имеется исключительное интересное наблюдение, где жестокость (специальное нанесение ранений) сопровождалась патологическими (гомосексуальными) половыми сношениями.

виться на одном очень интересном случае Шульца (Wiener medic. Wochenschrift, 1896, № 49)\ где мужчина 28 лет мог иметь сексуальные отношения с женой, только лишь искусственно приводя себя в состояние ярости.

Если бы мы хотели найти в анализированных фактах общие черты, то нам это удалось бы как в сущности этих двух эмоций, так и в их внешнем проявлении. Любовь и злоба представляют две большие страсти, которые приводят психомоторную сферу в состояние высшей степени напряжения. Во внешних проявлениях этих двух эмоций можно найти также много похожего, общего. Многие люди, в сущности здоровые, только несколько более пылкие и горячие, достигая кульминационной точки полового наслаждения, начинают кусать и царапать.

«Неограниченные возможности мужчины по отношению к женщине, которая ему отдается; сходство акта половой любви и акта кровавой жестокости, сходство, обусловленное борьбой за первый поцелуй, борьбой за осквернение женщины кровью через разрушение ее эпидермиса, ее растление, сходство, обусловленное истинным или притворным сопротивлением женщины, наконец, переживанием победы, триумфа, унаследованным, может быть, с того времени, когда нападение и борьба предшествовали обладанию женщиной; все это, — говорит Ку-релла², — обуславливает некоторое родство между сладострастием и жестокостью, давно известное».

Период полового созревания, время появления первых менструаций у девочек есть не только пора более интенсивного религиозного чувства, о чем мы уже говорили в первой части нашей работы, но в этот период у девочек возникает также склонность к безмотивному убийству. По Дриллю³, это было известно уже со времен Гиппократата, склонность к убийству наблюдается также иногда в течение болезни половых органов у женщин (Азам). Дагоне⁴ наблюдал больную, у которой во

¹ Цит. по Крафт-Эбингу, 1893.

² Naturgeschichte des Verbrechers, 1893.

³ Les criminels mineurs. I, 1844. Он цитируется здесь по сочинениям:
Semelaigne, Etudes historiques sur Palienation mentale dand l'antiquite
Azam, De la folie sympathique. и

⁴ Traite des maladies mentales, 1894.

время каждой менструации возникали импульсы к зверским убийствам; под влиянием этого предрасположения она убила трех своих детей. Икар¹ собрал более двадцати случаев убийств, совершенных женщинами в период менструаций, убийств, совершенно непонятных и бесцельных: одна бонна убила двухлетнего ребенка, который находился под ее надзором; жена убила своего мужа, которого когда-то очень любила; мать убила своих детей; иногда женщина убивает первого встречного, словно она не может удержаться от убийства. О нескольких таких случаях сообщает Ковалевский². Наконец, у Ломброзо и Ферреро³ есть указания, что некоторые преступницы совершали убийство в период менструаций.

Остановимся еще на некоторых соображениях физиологического характера, которые также говорят в пользу наличия связи между сладострастием и жестокостью. В «Физиологии» Рудольфа можно найти интересные наблюдения, свидетельствующие о том, что у кастратов, стариков и пораженных спинной сухоткой чувство свирепости и жестокости исчезает⁴. Этому соответствует и тот общеизвестный факт, что быки, бывшие яростными и злыми, становятся после кастрации послушными и даже добрыми.

Сошлемся еще на один факт, много раз отмеченный, что раннее появление сексуального инстинкта, ранняя и непрерывная мастурбация часто идут вместе с очень резко выраженной склонностью к злым выходкам и к экстраординарной свирепости. Ломброзо⁵ заимствовал у Эскироля «один очень курьезный случай, в котором наряду с непристойными наклонностями наблюдалась отчасти ими же вызванная навязчивая идея убийства родителя. Субъект обладал ясным зрелым умом и был в то же время примером морального помешательства и криминальности».

¹ Op. cit.

² L'etat menstruel et les psychoses menstruelles. Archives XXIII 1, 1894. Это случаи Крафт-Эбинга, Вестфалю, Тюка, Гиро и Балля.

³ Op. cit. Достоверность этих указаний сомнительна.

⁴ Цит. по Blumroder, Ueber das teesein. 1836.

⁵ L'homme criminel, 1, 1895.

Подобный случай описали Морро и Ломброзо (*Archivio di psych, scienz. penal*, II, 1883), когда у трехлетнего ребенка имелась наряду с мастурбацией выраженная склонность делать гадости. Несколько случаев того же рода имеются у Маньяна (*De lenfance des criminels*), так же как и у Шнепфа (*Des aberrations du sentiment*); особенно интересен случай Шарко и Маньяна (*Inversion du sens genital. Arch, de Neurologie*, 1882): мальчик шести лет предавался мастурбации и при этом в своем воображении он подвергал девочку всевозможным мучениям: он «ей вбивал в стопы гвозди, как это делают при подковывании лошадей, или он ей отрезал ноги».

Мы закончим эту часть нашего сочинения словами м-м де Ламбер¹ (*Oeuvres morales*, 1883): «В любви всегда есть некий род жестокости; удовольствия любовника получаются не иначе как через боль любимой. Любовь питается слезами».

III

В необходимости установить родство между жестокостью и религиозным чувством мы утверждаемся по следующему соображению: два чувства, каждое из которых находится в родстве с третьим, должны быть родственны между собой. Если мы смогли доказать связь между чувством религиозным и сексуальным (I), если далее нами доказана связь между жестокостью и сексуальным чувством (II), тогда мы, по-видимому, тем самым почти доказали связь между жестокостью и религиозным чувством (III). Тем не менее мы не имеем намерения удовлетвориться такой формальной аргументацией. Мы предпочитаем обратиться к словам другим.

«Что удивительно, — пишет Корре², — так это частота альянса религиозности и низших инстинктов. Религия не препятствует ни пороку, ни преступлению; она иной раз даже дает предлог к тому и другому. Итальянские бандиты в своих экспедициях не забывают Мадонну, подобно тому как некогда флибустьеры большую часть их добычи прятали в церквах; испанские проститутки отдают свою постель под покровитель-

¹ Цит. по Fere: *Le sadisme aux courses de taureaux* Revue de medicine, 1900.

² Corre. *Les criminels*, 1889.

ство Девы; грешницы высшего света с полным равнодушием идут от исповедальни к ложу своих любовников.

Набожность, рожденная безотчетным страхом перед темными силами, которые человек назвал божественными и которым по интуиции его собственной природы он всегда приписывал больше жестокости, чем милосердия, развивается вместе с пониманием своего ничтожества в мире, почти неизвестном, она возникает как потребность в протекции у беззащитного существа. До всякой цивилизации человек длл достижения блага или только жалости Господа незримого и его спутников (духов), материализованных в самых устрашающих элементах или воплощенных в самых опасных зверях, прибегал к смиренной мольбе и спонтанным приношениям.

^ Основанная на страхе и на интересе, только путем очень не прямых действий религия проникла в цивилизацию. Это некое бессилие, которое парадоксальным образом служило иной раз рождению силы, как война, будучи отвратительной вещью, может послужить иногда исправлению зла: то и другое имеет облик чувств самых великолепных наряду с самыми худшими.

Итак, вполне естественно, что церебральное свойство, на котором покоится религиозность, встречается и у некоторых наиболее закаленных личностей как показатель недостаточности, не угашенной социальным прогрессом. Встречается эта церебральная особенность и у индивидуумов, недостаточно уравновешенных, как проявление чувств, не регулируемых интеллектом. Религия и предрассудки (что для нас едино) мирятся с антиальтруизмом».

Если «добрый Самуил распилил заключенных между двумя досками, если сыновья Аллаха, Саваофа и др. с большой выгодой заменили человеческое жертвоприношение массовыми убийствами язычников и в свою очередь — мусульмане — убийствами христиан; если ортодоксия и ересь, инквизиция и королевская власть покрыли кровью руины Европы, Америки и всего мира; если святая рутина боролась против науки железом, огнем, застенками и отлучением от церкви, то это делалось в честь Отца всевышнего, во славу божью, его викариями и его привилегированными представителями. То хорошо, что приказано Господом; то плохо, что Богом отвергнуто: убий-

ство, вероломство, если они предписаны, становятся высшей заслугой»¹.

Просим прощения за столь длинные цитаты и возвращаемся к фактам. На 200 убийц-итальянцев Ферри не нашел ни одного нерелигиозного человека. В Неаполе, по сравнению со всеми другими городами Европы, установлено наибольшее число преступлений против личности; на 100 000 жителей имеется 16 убийц, тогда как в остальной Италии не больше 8. В то же время Неаполь — наиболее религиозный город в Европе. «Нигде, — сказал Гарофало, — не имеется такого несметного количества религиозных процессий, как в Неаполе; нигде все предписания церкви не исполняются с таким рвением, как там»².

Жоли³ пишет о Нормандии, где уважение ритуальной религиозности очень распространено, что там в то же время очень высока преступность; он приводит даже поговорку, имеющую хождение среди жителей Лозера: «У лозерьянца четки в одной руке и нож в другой».

Остановимся на некоторых отдельных фактах, заимствованных из сочинения Ломброзо «Преступный человек». Верпени, который задушил трех жен, выделялся среди самых усердных прихожан и исповедующихся; он происходил из семьи не только религиозной, но и ханжеской. Убийцы Бертольд-ди, отец и сын, ежедневно присутствовали на мессе, стоя на коленях, преклонившись до земли. Богзия, приговоренный в Милане за 34 убийства, выстаивал мессу каждый день; он носил балдахин во время всех процессий святых таинств; он не пропускал ни одной церковной церемонии; он непрерывно проповедовал христианскую мораль и религию и стремился быть во всех религиозных объединениях. Марк... юный неаполитанец, убивший своего отца, был нагружен амулетами. Аве-лина в письме к своему сообщнику заметила, что своего мужа она отравила под божьим покровительством. Цамбеккари обе-

¹ Lefevre. La religion, 1892. В истории религий имеется много такого, что может представить для нас интерес; к сожалению мы не можем позволить себе этими сведениями занять эту часть нашей работы.

² Цит. по Havelock Ellis, Verbrecher imd Vebrechen, Deutsche Ausgabe von Kurella, 1894.

³ Цит. по Lombroso. Le crime, causes et remedes, 1899.

щала принести в дар церкви Нотр-Дам де Лоретт чашу в том случае, если ей удастся отравить своего мужа. Мишеллин, одобряя план одного убийства, сказал своим сообщникам: «Я приду и сделаю то, на что вдохновляет Бог».

Лаколланж, душивший всех своих несчастных любовниц, которым он давал отпущение грехов в момент смерти, затем, выполняя их волю, совершал мессу.

Бурз, тотчас после совершения кражи или убийства, спешил преклонить колени в церкви. Мазини со своей бандой встретил однажды священника с тремя его соотечественниками; он медленно перепилил горло зазубренным клинком одному из них; затем рукой, еще испачканной кровью, он заставил священника дать ему причастие.

Если, как мы пытались показать, преступные и жестокие люди очень часто оказываются очень религиозными, то, с другой стороны, люди религиозные и тем более фанатичные оказываются очень часто людьми жестокими.

Можно привести целую серию ужасающих убийств в жизни пиетистов Западной Европы¹, убийств, совершенных в религиозном экстазе.

Мы не говорим о преступлениях, совершенных психически больными под влиянием религиозной моноomanии². Мы сошлемся на авторитетное мнение Маркса, так же как и на Мореля. «Примеры чудовищных преступлений, — говорит Маркс³, — являющиеся следствием религиозной моноomanии, к сожалению, не столь редко чернят страницы истории человечества. Убийство, самоубийство, прелюбодеяние, сожжение, самая ужасная жестокость, самые вредоносные аффекты часто не имеют иного источника». Морель пишет⁴: «Науке известны

¹ Подобные случаи можно найти у Левенстима: Фанатизм и преступление. — СПб., 1898. Левенстим использовал следующие сочинения:

Dr. Salat. Versuche über Supernaturalismus und Mysticismus, 1823; Meyer.

Schwannerische Gaiuenszenen oder Kreuzigungsgeschichte einer religiösen Schwaniierin in Wildenspunch, 1824.

² Случай убийств, совершенных больными с религиозным бредом, можно найти у Балля, Мореля и др. См. также Despine Psychologie naturelle, II 1868.

³ De la folie considérée dans ses rapports avec les questions medicojudiciaires, 1845.

⁴ Traité théorique et pratique des maladies mentales, 1853.

частые случаи убийств, осуществляемых помешанными под влиянием бредовой религиозной идеи».

Очень показательны в плане интересующей нас проблемы сексуальные преступления, совершаемые вследствие мистического бреда; при этом у одного и того же лица в одно и то же время можно констатировать жестокость, сексуальную развращенность и набожность; мы не расположены описывать все возможные такого рода случаи.

По этому поводу мы должны коснуться еще одного обстоятельства из области психиатрии: мы имеем в виду дегенерацию характера у эпилептиков. У большинства этих больных можно наблюдать чрезвычайно интересное сочетание лицемерия и жестокости — эти люди говорят постоянно о Боге, постоянно ходят в церковь и обнаруживают в то же время крайнюю жестокость по отношению к их близким.

История сект всех времен и народов дает массу примеров по интересующему нас вопросу. Мы скажем только об одной секте, о русской секте «хлыстов». Мы используем при этом сочинение Левенстима «Фанатизм и преступление». «Хлысты» собираются на их религиозные церемонии, называемые «радения». Когда они собираются на эти «радения», они слушают своих пророков; но для того чтобы пророчествовать, необходимы моления и «радение».

Это «радение» должно умертвить плоть, привести человека в некий нервный экстаз, во время которого он может отрешиться от мира и пророчествовать. Этот экстаз возрастает и овладевает всеми присутствующими лицами, он возникает как продолжение танца, во время которого они бьют друг друга и женщины обнажаются... Во время этих церемоний нервное возбуждение достигает высшей ступени и люди впадают в экстаз, во время которого они в состоянии не только отдаваться самому грубому разврату, но и совершать опаснейшие деяния. Мы опишем более подробно один случай, ставший причиной уголовного процесса, случай, в котором объединились все три изучаемых феномена.

Прасковья К., С, Х., принадлежащие к секте «хлыстов», 13-го июня 1869 г. прибыли на «радение» к их руководителю К. и оттуда они поехали на повозке, на которой кроме трех упо-

мянутых лиц находились дочь крестьянина К. и крестьянин К. Прасковья К. называла себя все время или святой Девой Марией, или Варварой Великомученицей; другие полностью ей подчинялись, хотя С. называл себя Иисусом Христом. Прибыв к озеру, Прасковья приказала бросить девочку К. в воду; это распоряжение было немедленно исполнено, несмотря на сопротивление бедной девочки. Затем та же Прасковья приказала сечь крестьянина К. С., выполняя волю Прасковьи, начал наносить удары хлыстом; но К. не мог больше терпеть, он убежал от своих тиранов и спрятался в канаве, откуда наблюдал, что делают другие. С. и две женщины, раздевшись догола, начали танцевать, целуя и избивая друг друга. Затем С. и Прасковья принялись бить Х. Конец был таков, что они потащили его к повозке, привязали к колесу и два раза проехали по нему. С. впал в такой экстаз, что лег под ноги лошадей, которые прошли по нему. Прасковья подняла его полуживого и всего окровавленного, и они поехали галопом.

Трудно найти более красноречивый пример. Эту часть нашего очерка мы закончим двумя примерами из истории.

Первый относится к Людовику XI. Его жестокость вошла в пословицу, и в то же время он был необычайно набожен, он проводил свое время или бормоча молитвы, или осматривая железные клетки, где содержались жертвы его жестокости. Второй пример — Иван IV Грозный. Мы приведем слова Ковалевского¹: «Жизнь царя проходила между алтарем и камерой пыток, в обществе духовных лиц и исполнителей его бесчеловечных и жестоких приказаний. Часто он бывал и настоятелем монастыря и палачом, в одно и то же время. Он просыпался в полночь и его день начинался молитвой. Часто, присутствуя на обедне, он давал распоряжения самые свирепые и самые жестокие. После обеда царь вел набожные беседы со своими фаворитами или шел в камеру пыток, чтобы пытать одну из своих жертв».

К сказанному необходимо добавить, что смесь аскетизма, суровой набожности и свирепости дополнялась у Ивана необузданной, крайне аморальной сексуальностью. Вновь обнаруживается сочетание мистицизма, сладострастия и жестокости.

¹ Иван Грозный, 1893.

Заключение

Из всей литературы, которую мы изучили, только у Фере, у Крафт-Эбинга и еще у некоторых других авторов мы нашли указания на связь трех чувств. Имеется много высказываний относительно связи религиозного и сексуального чувств; еще более, может быть, о связи жестокости и сладострастия; относительно меньше по поводу связи религиозного чувства и жестокости и еще меньше относительно связи всех этих трех чувств. Насколько же более поучительным должен представляться факт, заключающийся в том, что идея родства этих трех страстей была высказана вполне определенно более ста лет тому назад злополучным философом-мистиком Фридрихом фон Гарденбергом, названным Новалисом¹, мы приводим буквально его слова, значение которых должным образом не оценено до сих пор: «Удивительно, что внимательные люди давно уже заметили интимную родственную связь и общие тенденции сладострастия, религии и жестокости». «Довольно странно, — говорил он, — что давнишние ассоциации сладострастия, религии и жестокости не привлекли внимания людей к их интимному сродству и общности тенденций». Каковы бы ни были последствия, вытекающие из наших данных, они могут показаться многим недостаточно обоснованными и некоторые найдут их даже абсурдными. Мы не остановимся перед этим препятствием. Мы считаем возможным сделать следующее заключение.

Во-первых, религия, жестокость и сладострастие — ближайшие родственники. Одно из этих чувств возрастает рука об руку с другими, одно замещает другое. Во-вторых, из трех исследованных чувств наиболее сильным является сексуальное чувство; религиозное чувство и жестокость некоторых случаях могут быть рассматриваемы как заменители все сильного сексуального инстинкта. Юристы, учителя и моралисты не должны это забывать. В-третьих, объединение этих различных чувств в одну группу может иметь значение для естественной физиологической классификации чувств, классификации, которая станет возможной в будущем.

¹ Novalis. Schriften, herausgegeben von Ludwig Tieck und Fr. Schlegel. II, 1826.

II

Нейропсихология

Основные темы и понятия раздела

- о Функциональная организация мозга
- Теория системной динамической локализации высших психических функций
- Проблема факторов в нейропсихологии
- Мозговая организация высших психических функций и основные принципы нейропсихологической диагностики

Лурия А. Р.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ МОЗГА¹

ТРИ ОСНОВНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ БЛОКА МОЗГА

Поскольку психические процессы человека являются сложными функциональными системами, не локализованы в узких, ограниченных участках мозга, а осуществляются при участии сложных комплексов совместно работающих мозговых аппаратов, становится необходимым выяснить, из каких основных функциональных единиц состоит мозг человека и какую роль играет каждая из них в осуществлении сложных форм психической деятельности.

Можно с полным основанием выделить три основных функциональных блока (или три основных аппарата) мозга, участие которых необходимо для осуществления любой психической деятельности. С некоторым приближением к истине их можно обозначить как: 1) блок, обеспечивающий регуляцию тонуса или бодрствования; 2) блок получения, переработки и хранения информации, поступающей из внешнего мира; 3) блок программирования, регуляции и контроля психической деятельности.

Психические процессы человека, в частности различные виды его сознательной деятельности, всегда протекают при участии всех трех блоков, каждый из которых играет свою роль в обеспечении психических процессов, вносит свой вклад в их осуществление.

БЛОК РЕГУЛЯЦИИ ТОНУСА И БОДРСТВОВАНИЯ

Для того чтобы обеспечить полноценные психические процессы, необходимо бодрственное состояние человека. Только в условиях оптимального бодрствования человек может наи-

¹ Фрагмент статьи из книги: Естественнаучные основы психологии/Под ред. А. А. Смирнова, А. Р. Лурия, В. Д. Небылицина. — М: Педагогика, 1978. - С. 120-139.

лучшим образом принимать и перерабатывать информацию, вызывать в памяти нужные избирательные системы связей, программировать деятельность, осуществлять контроль за ней, корректируя ошибки и сохраняя ее направленность. Хорошо известно, что в состоянии сна такая четкая регуляция психических процессов невозможна, ход всплывающих воспоминаний и ассоциаций приобретает неорганизованный характер и направленное выполнение психической деятельности становится недоступным.

О том, что для осуществления организованной, целенаправленной деятельности необходим оптимальный тонус коры, говорил еще И. П. Павлов, писавший, что, если бы мы могли видеть систему возбуждений, распространяющуюся по коре бодрствующего животного (или человека), мы могли бы наблюдать движущееся концентрированное «световое пятно», перемещающееся по коре по мере перехода от одной деятельности к другой и олицетворяющее пункт оптимального возбуждения, без которого невозможно нормальное осуществление деятельности.

В дальнейшем развитие электрофизиологической техники позволило увидеть такое «пятно оптимального возбуждения» на специальном приборе — топоскопе, разработанном М. Н. Ливановым, на котором возможно одновременно регистрировать до 150 пунктов возбуждения коры головного мозга и отражать динамику этих пунктов на телевизионном устройстве. Это позволило наблюдать, как в коре бодрствующего мозга действительно возникает «пятно оптимального возбуждения», как оно продвигается по мозговой коре и как при переходе в сонное состояние это пятно теряет свою подвижность, становится инертным и наконец угасает.

И. П. Павлову принадлежит заслуга не только в том, что он указал на необходимость возникновения такого оптимального состояния мозговой коры для осуществления каждой организованной деятельности, но и в том, что им были установлены те основные нейродинамические законы, которыми характеризуется такое оптимальное состояние коры. Как было показано его исследованиями, процессы возбуждения, протекающие в бодрствующей коре, подчиняются закону силы, со-

гласно которому каждое сильное (или биологически значимое) раздражение вызывает сильную, а каждое слабое раздражение — слабую реакцию. И. П. Павловым было показано также, что в этих случаях нервные процессы характеризуются известной концентрированностью, уравновешенностью возбуждения и торможения, наконец, высокой подвижностью, позволяющей с легкостью переходить от одной деятельности к другой.

Именно эти черты оптимальной нейродинамики исчезают в просоночном или сонном состоянии, при котором тонус коры снижается. В тормозных, или «фазовых», состояниях «закон силы» нарушается, вследствие чего слабые раздражители либо уравниваются с сильными по интенсивности вызываемых ими ответов («уравнительная фаза»), либо даже превосходят их, вызывая более интенсивные реакции, чем те, которые вызываются сильными раздражителями («парадоксальная фаза»), либо вообще перестают вызывать какие бы то ни было ответы («ультрапарадоксальная фаза»). Известно, далее, что в состоянии сниженного тонуса коры нарушается нормальное соотношение возбуждательных и тормозных процессов и та подвижность нервной системы, которая необходима для протекания каждой нормальной психической деятельности. Все это показывает, какую решающую роль играет сохранение оптимального тонуса коры для организованного протекания психической деятельности.

Возникает, однако, вопрос: какие аппараты мозга обеспечивают сохранение этого тонуса коры?

Одним из наиболее важных открытий было установление того факта, что аппараты, обеспечивающие и регулирующие тонус коры, находятся не в самой коре, а в лежащих ниже стволовых и подкорковых отделах мозга и что эти аппараты находятся в двойных отношениях с корой, тонизируя ее и испытывая ее регулирующее влияние.

В 1949 г. Г. Мэгун и Г. Моруцци обнаружили, что в стволовых отделах головного мозга находится особое нервное образование, по своему морфологическому строению и по своим функциональным свойствам приспособленное к тому, чтобы градуально (а не по принципу «все или ничего») регулировать

состояние мозговой коры, изменяя ее тонус и обеспечивая ее бодрствование. Поскольку оно построено по типу нервной сети, в которую вкраплены тела нервных клеток, соединяющихся друг с другом короткими отростками, оно было названо ретикулярной формацией (*reticulum* — сеть). Она-то и модулирует состояние нервного аппарата.

Одни из волокон этой ретикулярной формации (РФ) направляются вверх, оканчиваясь в конечном итоге в новой коре. Это восходящая ретикулярная система, играющая решающую роль в активации коры и в регуляции ее активности. Другие волокна идут в обратном направлении: начинаясь в новой и древней коре, направляются к расположенным ниже образованиям мозга. Это нисходящая ретикулярная система. Она ставит нижележащие образования под контроль тех программ, которые возникают в коре головного мозга и выполнение которых нуждается в модификации и модуляции состояний бодрствования.

Оба эти раздела РФ составляют единую систему, единый саморегулирующийся аппарат, который обеспечивает изменение тонуса коры, но вместе с тем сам находится под ее влиянием, изменяясь и модифицируясь под регулирующим влиянием происходящих в ней изменений.

Описание РФ явилось открытием первого функционального мозгового блока, обеспечивающего регуляцию тонуса коры и состояний бодрствования, позволяющего регулировать эти состояния соответственно поставленным перед человеком задачам. Исследование его действия показало, что этот блок вызывает реакцию пробуждения (*arousal*), повышает возбудимость, обостряет чувствительность и оказывает тем самым общее активирующее влияние на кору головного мозга. Поражение входящих в него структур приводит к резкому снижению тонуса коры, к появлению состояния сна, а иногда и к коматозному состоянию. Вместе с тем было обнаружено, что раздражение других ядер РФ (тормозящих) вело к возникновению характерных для сна изменений в электрической активности коры и к развитию сна.

Активизирующая РФ, являющаяся важнейшей частью первого функционального блока мозга, с самого начала была

названа неспецифической. Это коренным образом отличало ее от подавляющего числа специфических (сенсорных и двигательных) систем мозговой коры. Считалось, что ее активирующее и тормозное действие равномерно затрагивает все сенсорные и все двигательные функции организма и что ее функцией является лишь регуляция состояний сна и бодрствования, т. е. неспецифического фона, на котором протекают самые различные виды деятельности.

Это утверждение нельзя, однако, признать полностью правильным. Как показали дальнейшие наблюдения, РФ имеет определенные черты дифференцированное™ или «специфичности» как по своим анатомическим характеристикам (Brodal, 1957; Sheibel, 1958), так и по своим источникам и по формам проявления. Только эта дифференцированность («специфичность») не имеет ничего общего с «модальностью» основных органов чувств (или анализаторов) и носит, как показал ряд авторов (Анохин, 1958, 1963), своеобразный характер.

Остановимся на этой дифференцированное™ источников активации, составляющей основную функцию РФ, и на ее дифференцированной топографической организации.

Известно, что нервная система всегда находится в состоянии некоторого тонуса активности и что сохранение его связано со всякой жизнедеятельностью. Однако существуют ситуации, в которых обычный тонус недостаточен и должен быть повышен. Эти ситуации и являются основными источниками активации нервной системы. Можно выделить по крайней мере три основных источника этой активации, причем действие каждого из них передается при посредстве активирующей РФ и, что существенно, при помощи ее различных частей. В этом и состоит дифференцированность или специфичность функциональной организации этой «неспецифической» активирующей системы.

Первый из этих источников — обменные процессы организма, или, как иногда выражаются, его «внутреннее хозяйство». Эти процессы, приводящие к сохранению внутреннего равновесия организма (гомеостазиса), в их наиболее простых формах связаны с дыхательными, пищеварительными процессами, с сахарным и белковым обменом, с внутренней секрецией

и т. д. Все они регулируются главным образом аппаратами гипоталамуса. Тесно связанная с гипоталамусом РФ продолговатого и среднего мозга также играет значительную роль в этой наиболее простой («витальной») форме активации.

Более сложные формы этого вида активации связаны с обменными процессами, организованными в определенные врожденные системы поведения (системы инстинктивного, или бе-условнорефлекторного, пищевого и полового поведения).

Общим для обоих этих видов активации является то, что их источник — обменные (и гуморальные) процессы, протекающие в организме. Различия между ними заключаются в неодинаковом по сложности уровне организации и в том факте, что если первые процессы, наиболее элементарные, вызывают лишь примитивные автоматические реакции, связанные с недостатком кислорода или выделением запасных веществ из их органических депо и при голодании, то вторые организованы в сложные поведенческие системы, в результате действия которых удовлетворяются соответствующие потребности и восстанавливается равновесие «внутреннего хозяйства организма».

Естественно, что для того чтобы вызвать сложные инстинктивные формы поведения, необходима весьма избирательная и специфическая активация. Биологически специфичные формы пищевой или половой активации обеспечиваются более высокорасположенными ядрами мезэнцефальной, диэнцефальной и лимбической РФ. В этих образованиях мозгового ствола и древней коры имеются высокоспецифические ядра РФ, раздражение которых приводит либо к активации, либо к блокированию различных сложных форм инстинктивного поведения (Olds, 1958; MacLean, 1959; Miller, 1966).

Второй источник активации имеет совсем иное происхождение. Он связан с поступлением в организм раздражителей из внешнего мира и приводит к возникновению совершенно иных форм активации, проявляющихся в виде ориентировочного рефлекса.

Человек живет в мире постоянно доходящей до него информации, и потребность в этой информации иногда оказывается у него не меньшей, чем потребность в органическом обмене веществ. Лишенный постоянного притока информа-

ции, что имеет место в редких случаях выключения всех воспринимающих органов, он впадает в сон, из которого его может вывести только постоянно поступающая информация. Нормальный человек переносит ограничение в контакте с внешним миром очень тяжело.

Как это наблюдал Д. Хэбб (Hebb, 1955), достаточно было поместить испытуемых в условия резкого ограничения притока возбуждений, чтобы их состояние становилось трудно переносимым и чтобы у них возникали галлюцинации, которые в какой-то мере компенсировали ограниченный приток информации. Совершенно естественно поэтому, что в аппарате головного мозга, и в частности в аппаратах РФ, имеются специальные механизмы, обеспечивающие тоническую форму активации, источником которой является приток возбуждений из органов чувств, обладающий в известной мере не меньшей интенсивностью, чем первый, указанный выше источник активации.

Однако эта тоническая форма активации, связанная с работой органов чувств, является лишь наиболее элементарным источником активации описываемого типа. Поскольку человек живет в условиях постоянно меняющейся среды, эти изменения — иногда неожиданные для него — требуют известного обостренного состояния бодрствования. Такое обостренное бодрствование должно сопровождать всякое изменение в окружающих условиях, всякое появление неожиданного (а иногда и ожидаемого) изменения условий. Оно должно проявляться в мобилизации организма к возможным неожиданностям, и именно это лежит в основе особого вида активности, который И. П. Павлов называл ориентировочным рефлексом и который, не будучи обязательно связанным с основными биологическими формами инстинктивных процессов (пищевым, половым и т. д.), является важнейшей основой познавательной деятельности.

Одним из наиболее важных открытий последних десятилетий было обнаружение связи ориентировочного рефлекса, или реакции пробуждения (активации), с работой РФ мозга (Бехтерева, 1971; Гершуни, 1949, 1955; Lindsley et al., 1949; Gastaut, 1958; Соколов, 1958, 1964; Виноградова, 1961).

Как показали исследования, ориентировочный рефлекс и реакция активации представляют собой сложное, комплексное явление. Описаны тоническая и генерализованная формы этой реакции, с одной стороны, и фазическая и локальная ее формы — с другой (Соколов, 1958; Sharpless, Jasper, 1956; Gastaut, 1958; Виноградова, 1961; Adey et al., 1960; Morrell, 1967).

Те и другие связаны с различными структурами в пределах РФ: тоническая и генерализованная формы — с нижними, фазическая и локальная — с верхними отделами ствола, и прежде всего с неспецифической таламической системой.

Как показали микроэлектродные исследования, неспецифические ядра таламуса, а также хвостатого тела и гиппокампа функционально тесно связаны с системой ориентировочного рефлекса (Jasper, Bertrand, 1964, Виноградова, 1970, Данилова, 1970).

Каждая реакция на новизну требует прежде всего сличения нового раздражителя с системой старых, уже ранее появлявшихся раздражителей. Только такая «компарация» позволит установить, является ли данный раздражитель действительно новым и должен ли он вызывать ориентировочный рефлекс, или же он является старым и появление его не требует специальной мобилизации организма. Только такой механизм может обеспечивать процесс «привыкания», когда многократно повторяющийся раздражитель теряет свою новизну и необходимость специальной мобилизации организма при его появлении исчезает. В этом звене механизм ориентировочного рефлекса тесно связан, следовательно, с механизмами памяти, и именно связь данных процессов и обеспечивает ту «компарацию» сигналов, которая является одним из важнейших условий этого вида активации. Важнейшим открытием последних лет и было указание на то, что значительная часть нейронов гиппокампа и хвостатого тела, не имеющих модально-специфических функций, осуществляет функцию «компарации» сигналов, реагируя на появление новых раздражителей и выключая активность в условиях привыкания к ним (Виноградова, 1970).

Активирующая и тормозящая (иначе говоря, модулирующая) функции нейронов гиппокампа и хвостатого тела оказа-

лись, как стало ясно в последние годы, важнейшим источником регуляции тонических состояний мозговой коры, которые связаны с наиболее сложными видами ориентировочного рефлекса, на этот раз носящими уже не врожденный, а более сложный, прижизненно возникающий или условнорефлекторный характер.

Остановимся в кратких чертах на третьем источнике активации, в котором первый функциональный блок мозга принимает интимное участие, хотя и не исчерпывает всех частей мозгового аппарата, обеспечивающих его организацию.

Таким третьим источником активации человека служат планы, перспективы и программы, которые формируются в процессе сознательной жизни людей; они социальны по своему происхождению и осуществляются при ближайшем участии сначала внешней, а потом и внутренней речи. Всякий сформулированный в речи замысел вызывает целую программу действий, направленных к достижению этой цели. Всякое достижение ее прекращает активность, в то время как обратное ведет к дальнейшей мобилизации усилий. Было бы неправильно считать возникновение таких намерений и формулировку целей чисто интеллектуальным актом. Осуществление замысла, достижение цели требуют известной энергии и могут быть обеспечены лишь при наличии достаточного уровня активности. Мозговой аппарат, лежащий в основе этой активности (наиболее существенной для понимания сознательного поведения человека), оставался долгое время неизвестным, и только в последние годы был сделан существенный шаг к его выявлению. Относящиеся к этому вопросу наблюдения заставляют отвергнуть старые предположения о том, что источник указанной активности следует искать только во внутри-кортикальных связях.

Они убедительно показывают, что в поисках механизмов этих наиболее высоких форм организации активности следует сохранить вертикальный принцип строения функциональных систем мозга, т. е. обратиться к тем связям, которые существуют между высшими отделами коры и нижележащей РФ.

Надо отметить, что нисходящие аппараты РФ исследованы значительно меньше, чем ее восходящие связи. Однако благо-

даря целой серии работ (French et al., 1955; Segundo et al., 1955; Galambos, 1956; Адрианов, 1963; Маговm, 1963; Нарикашвили, 1961, 1962, 1963, 1968) выяснено, что посредством кортико-ретикулярных путей раздражение отдельных участков коры может вызывать генерализованную реакцию пробуждения (Brazier, 1960), оказывать облегчающее влияние на специальные рефлексy, изменять возбудимость мышц, понижать пороги различительной чувствительности и обуславливать ряд других изменений.

Таким образом, с достаточной надежностью установлено, что, наряду со специфическими сенсорными и двигательными функциями, кора головного мозга осуществляет и неспецифические активирующие функции, что каждое специфическое афферентное или эфферентное волокно сопровождается волокном неспецифической активирующей системы и что раздражением определенных участков коры можно вызвать как активирующие, так и тормозящие влияния на нижележащие нервные образования (Buser, Imber, 1961; Нарикашвили, 1962, 1968; Загер, 1968; Дуринян, Рабин, 1968). Выяснилось далее, что нисходящие волокна активирующей (и тормозящей) РФ имеют достаточно дифференцированную корковую организацию, и если наиболее специфические пучки этих волокон (повышающих или понижающих тонус сенсорных или двигательных аппаратов) исходят из первичных (и частично вторичных) зон коры, то более общие активирующие влияния на РФ ствола исходят прежде всего из лобных отделов коры (French et al, 1955; Segundo et al., 1955; Найта, 1963, 1968; Pribram, 1959, 1971; Pribram et al, 1964; Загер, 1968; Хомская, 1969, 1972). Эти нисходящие волокна, идущие от префронтальной коры к ядрам зрительного бугра и нижележащих стволовых образований, и являются тем аппаратом, посредством которого высшие отделы мозговой коры, непосредственно участвующие в формировании намерений и планов, вовлекают в это и нижележащие аппараты РФ таламуса и ствола, тем самым модулируя их работу и обеспечивая наиболее сложные формы сознательной деятельности.

Все это показывает, что аппараты первого функционального блока не только тонизируют кору, но и сами испытывают ее

дифференцирующее влияние и что первый функциональный блок мозга работает в тесной связи с высшими отделами коры.

БЛОК ПРИЕМА, ПЕРЕРАБОТКИ И ХРАНЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ

Как было сказано, первый функциональный блок построен по типу «неспецифической» нервной сети, которая осуществляет свою функцию постепенного, градуального изменения состояний и не имеет прямого отношения ни к приему и переработке информации, ни к выработке содержательных намерений, планов и программ поведения. Во всем этом данный блок мозга (расположенный в основном в пределах мозгового ствола, образований межуточного мозга и медиальных отделов коры) существенно отличается от аппаратов второго функционального блока мозга, несущего основную функцию приема, переработки и хранения информации.

Этот блок расположен в конвекситальных (наружных) отделах новой коры (неокортекса) и занимает ее задние отделы, включая в свой состав аппараты зрительной (затылочной), слуховой (височной) и общечувствительной (теменной) области. По своему гистологическому строению он состоит не из сплошной нервной сети, а из изолированных нейронов, которые составляют толщу мозговой коры, располагаясь в шести слоях, и в отличие от аппаратов первого блока работают не по принципу градуальных изменений, а по закону «все или ничего», принимая отдельные импульсы и передавая их на другие группы нейронов.

По своим функциональным особенностям аппараты этого блока приспособлены к приему раздражителей, доходящих до головного мозга от периферических рецепторов, к дроблению их на огромное число составляющих элементов (анализу на мельчайшие составляющие детали) и к их комбинации в нужные динамические функциональные структуры (к образованию целых функциональных систем).

Этот блок состоит из частей, обладающих высокой модальной специфичностью. Входящие в его состав части приспособлены к тому, чтобы принимать зрительную, слуховую, вестибулярную или общечувствительную информацию. В этот блок

включаются также центральные аппараты вкусовой и обонятельной рецепции, хотя у человека они настолько оттесняются центральным представительством высших экстероцептивных, дистантных анализаторов, что занимают в пределах коры головного мозга очень незначительное место.

Основу этого блока образуют первичные или проекционные зоны коры, состоящие главным образом из нейронов 4-го афферентного слоя, значительная часть которых обладает высочайшей специфичностью. Так, например, нейроны зрительных аппаратов коры реагируют только на узкоспециальные свойства зрительных раздражителей (одни — на оттенки цвета, другие — на характер линий, третьи — на направление движения и т. п.).

Естественно, что такие высочайшие по своей дифференцированное™ нейроны сохраняют строгую модальную специфичность, и в первичной затылочной коре нельзя найти клетки, которые реагировали бы на звук, так же как и в первичной височной коре мы не обнаружили клеток, которые реагировали бы на зрительные раздражители.

Следует, однако, отметить, что первичные зоны отдельных областей коры, входящих в состав этого блока, включают в свой состав и клетки мультимодального характера, реагирующие на несколько видов раздражителей, равно как и клетки, не реагирующие на какой-либо модально-специфический тип раздражителей и, по-видимому, сохраняющие свойства неспецифического поддержания тонуса. Однако эти клетки составляют лишь очень небольшую часть всего нейронного состава первичных зон коры (по некоторым данным — не превышают 4 % общего состава всех клеток).

Первичные, или проекционные, зоны коры названного блока мозга составляют основу его работы. Они окружены надстроенными над ними аппаратами вторичных (или гностических) зон коры, в которых 4-й афферентный слой уступает ведущее место 2-му и 3-му слоям клеток, не имеющим столь выраженной модальной специфичности. Эти слои в значительно большей степени включают в свой состав ассоциативные нейроны с короткими аксонами, позволяющие комбинировать поступающие возбуждения в те или иные функциональные

узоры и осуществляющие, таким образом, синтетическую функцию.

Подобное иерархическое строение в одинаковой степени свойственно всем областям коры, включенным во второй блок мозга. В зрительной (затылочной) коре — над первичными зрительными зонами (17-е поле Бродмана) надстроены вторичные зрительные поля (18-е и 19-е поля Бродмана), которые, превращая соматотопическую проекцию отдельных участков сетчатки в ее функциональную организацию, сохраняют свою модальную (зрительную) специфичность, но работают в качестве аппарата, организующего зрительные возбуждения, поступающие в первичные зрительные поля.

Слуховая (височная) кора сохраняет тот же принцип построения. Ее первичные (проекционные) зоны скрыты в глубине височной коры в поперечных извилинах Гешля и представлены 41-м полем Бродмана, нейроны которого имеют высокую модальную специфичность, реагируя только на высокодифференцированные свойства звуковых раздражителей. Как и первичное зрительное поле, эти первичные отделы слуховой коры имеют четкое топографическое строение. Ряд авторов полагает, что волокна, несущие возбуждение от тех отделов кортиева органа, которые реагируют на высокие тоны, располагаются во внутренних (медиальных), а волокна, реагирующие на низкие тоны, — в наружных (латеральных) отделах извилины Гешля. Отличие в построении первичных (проекционных) зон слуховой коры состоит лишь в том, что если в проекционных отделах зрительной коры правые поля зрения обоих глаз представлены только в зонах левого, а левые поля зрения обоих глаз — в тех же зонах правого полушария, то аппараты кортиева органа представлены в проекционных зонах слуховой коры обоих полушарий, хотя преимущественно контрлатеральный характер этого представительства сохраняется.

Над аппаратами первичной слуховой коры надстроены аппараты вторичной слуховой коры, расположенные во внешних (конвекситальных) отделах височной области (22-е и частично 21-е поля Бродмана) и также состоящие преимущественно из мощно развитого 2-го и 3-го слоя клеток. Так же как это

имеет место в аппаратах зрительной коры, они превращают соматотопическую проекцию слуховых импульсов в функциональную организацию.

Наконец, та же принципиальная функциональная организация сохраняется и в общечувствительной (теменной) коре. Основой и здесь являются первичные или проекционные зоны (3-е, 1-е и 2-е поля Бродмана), толща которых также преимущественно состоит из обладающих высокой модальной специфичностью нейронов 4-го слоя, а топография отличается четкой соматотопической проекцией отдельных сегментов тела, в силу чего раздражение верхних участков этой зоны вызывает появление кожных ощущений в нижних конечностях, средних участков — в верхних конечностях контрлатеральной стороны, а раздражение пунктов нижнего пояса этой зоны — соответствующие ощущения в контрлатеральных отделах лица, губ и языка.

Над этими первичными зонами общечувствительной (теменной) коры надстраиваются ее вторичные зоны (5-е и частично 40-е поле Бродмана), так же как и вторичные зоны зрительного и слухового анализаторов, состоящие преимущественно из нейронов 2-го и 3-го (ассоциативных) слоев, вследствие чего их раздражение приводит к возникновению более комплексных форм кожной и кинестетической чувствительности.

Таким образом, основные, модально-специфические зоны второго блока мозга построены по единому принципу иерархической организации (Campbell, 1905), который одинаково сохраняется во всех этих зонах. Каждая из них должна рассматриваться как центральный, корковый аппарат того или иного модально-специфического анализатора. Все они приспособлены для того, чтобы служить аппаратом приема, переработки и хранения поступающей из внешнего мира информации, или, иначе говоря, мозговыми механизмами модально-специфических форм познавательных процессов.

Однако познавательная деятельность человека никогда не протекает, опираясь лишь на одну изолированную модальность (зрение, слух, осязание). Любое предметное восприятие — и тем более представление — системно, оно является результатом полимодальной деятельности, которая носит сначала развер-

нутый, а затем свернутый характер. Поэтому совершенно естественно, что она должна опираться на совместную работу целой системы зон коры головного мозга.

Функцию обеспечения такой совместной работы целой группы анализаторов несут третичные зоны второго блока: зоны перекрытия корковых отделов различных анализаторов, расположенные на границе затылочной, височной и задне-центральной коры. Их основная часть — образования нижнетеменной области, которая у человека развилась настолько, что составляет едва ли не четвертую часть всех образований описываемого блока. Именно это дает основание считать третичные зоны (или, как их обозначал П. Флексиг, «задний ассоциативный центр») специфически человеческими образованиями.

Эти третичные зоны задних отделов мозга состоят преимущественно из клеток 2-го и 3-го (ассоциативных) слоев коры и, следовательно, почти нацело осуществляют функцию интеграции возбуждений, приходящих из разных анализаторов. Есть основания думать, что подавляющее большинство нейронов этих зон имеют мультимодальный характер и, по некоторым данным, реагируют на такие обобщенные признаки (например, на признаки пространственного расположения или количества элементов), на которые не могут реагировать нейроны первичных и даже вторичных зон коры.

На основании анализа психологических экспериментов и клинических данных показано, что основная роль этих зон связана с пространственной организацией притекающих в различные сферы возбуждений, с превращением последовательно поступающих (сукцессивных) сигналов в одновременно обозримые (симультантные) группы, что только и может обеспечивать тот синтетический характер восприятия, о котором в свое время упоминал еще И. М. Сеченов (Лурия, 1963; Лурия, Цветкова, 1966).

Такая работа третичных зон задних отделов коры необходима не только для успешного синтеза доходящей до человека наглядной информации, но и для перехода от непосредственных, наглядных синтезов к уровню символических процессов — для операций значениями слов, сложными грамматическими

и логическими структурами, системами чисел и отвлеченных соотношений. Именно в силу этого третичные зоны задних отделов коры являются аппаратами, участие которых необходимо для превращения наглядного восприятия в отвлеченное мышление, всегда протекающее в известных внутренних схемах, и для сохранения в памяти материала организованного опыта, иначе говоря — не только для получения и кодирования (переработки), но и для хранения полученной информации.

Все это и дает основание обозначить весь этот функциональный блок мозга как блок получения, переработки и хранения информации.

Можно выделить три основных закона, по которым построена работа отдельных частей коры, входящих в состав этого мозгового блока.

Первый из них — закон иерархического строения входящих в состав этого блока корковых зон. Соотношение первичных, вторичных и третичных зон коры, осуществляющих все более сложные синтезы доходящей до человека информации, является иллюстрацией этого закона. Следует, однако, отметить, что отношения этих зон коры не остаются одинаковыми, а изменяются в процессе онтогенетического развития. У маленького ребенка для формирования успешной работы вторичных зон необходима сохранность первичных, которые являются их основой, а для формирования работы третичных зон — достаточная сформированность вторичных (гностических) зон коры, обеспечивающих нужный материал для создания больших познавательных синтезов. Поэтому нарушение низших зон соответствующих типов коры в раннем возрасте неизбежно приводит к недоразвитию более высоких, и, следовательно, как это формулировал Л. С. Выготский (1960), основная линия взаимодействия этих зон направлена «снизу вверх».

Наоборот, у взрослого человека, с его полностью сложившимися высшими психическими функциями, ведущее место переходит к высшим зонам коры. Воспринимая окружающий мир, взрослый человек организует (кодирует) свои впечатления в известные логические системы. Поэтому наиболее высокие (третичные) зоны коры начинают управлять работой подчиненных им вторичных зон, а при поражении последних

оказывают на их работу компенсирующее влияние. Такое взаимоотношение основных иерархически построенных зон коры в зрелом возрасте дало основание Л. С. Выготскому заключить, что на позднем этапе онтогенеза основная линия их взаимодействия направлена «сверху вниз» и что в работе коры головного мозга у взрослого человека обнаруживается не столько зависимость высших зон от низших, сколько обратная зависимость — низших (модально-специфических) зон от высших.

Второй закон работы этого функционального блока можно формулировать как закон убывающей специфичности иерархически построенных зон коры, входящих в его состав.

Первичные зоны обладают максимальной модальной специфичностью. Это присуще первичным зонам и зрительной (затылочной), и слуховой (височной), и общечувствительной (заднецентральной) коры. Наличие в их составе огромного числа нейронов с высокодифференцированной, модально-специфической функцией подтверждает это положение.

Вторичные зоны коры (с преобладанием у них верхних слоев ее с их ассоциативными нейронами) обладают модальной специфичностью в значительно меньшей степени. Сохраняя свое непосредственное отношение к корковым отделам соответствующих анализаторов, эти зоны [которые Г. И. Поляков предпочитает называть проекционно-ассоциационными (Поляков, 1969)] сохраняют свои модально-специфические гностические функции, интегрируя в одних случаях зрительную (вторичные затылочные зоны), в других случаях — слуховую (вторичные височные зоны), в третьих случаях — тактильную информацию (вторичные теменные зоны). Однако ведущая роль этих зон, характеризующихся преобладанием мультимодальных нейронов и нейронов с короткими аксонами, в превращении соматотопической проекции в функциональную организацию поступающей информации указывает на меньшую специализированность их клеток, и, следовательно, переход к ним знаменует существенный шаг на пути убывающей модальной специфичности.

Еще меньше модальная специфичность третичных зон описываемого блока, обозначаемых как зоны перекрытия корковых отделов различных анализаторов; эти зоны осуществляют

симультанные (пространственные) синтезы, что делает практически почти невозможным говорить о том, какой модально-специфический (зрительный или тактильный) характер они имеют. В еще меньшей степени это можно относить к высшим, символическим уровням работы третичных зон, в которых их функция в известной мере приобретает надмодальный характер.

Таким образом, закон убывающей специфичности является другой стороной закона иерархического строения зон коры, входящих в состав второго блока и обеспечивающих переход от дробного отражения частных модально-специфических признаков к синтетическому отражению более общих и отвлеченных схем воспринимаемого мира.

И. П. Павлов утверждал, что проекционные зоны коры по своему строению являются наиболее высокодифференцированными, в то время как окружающие их зоны представляют собой рассеянную периферию, выполняющую те же функции, но с меньшей четкостью. То, что первичные зоны коры представляют собой аппараты с высочайшей модальной специфичностью, не вызывает сомнений. Однако вряд ли можно согласиться с тем, что окружающие вторичные и третичные зоны можно расценивать лишь как «рассеянную периферию», сохраняющую те же функции, но лишь в менее совершенном виде.

Закономерным следует считать положение, что вторичные и третичные зоны коры (с преобладанием у них мультимодальных и ассоциативных нейронов и при отсутствии прямой связи с периферией) обладают не менее совершенными (низшими), а более совершенными (высшими) функциональными особенностями, чем первичные зоны коры, и что, несмотря на убывающую специфичность (а может быть, как раз в силу этого), они способны играть организующую, интегрирующую роль в работе более специфических зон, приобретая ключевое значение в организации функциональных систем, необходимых для осуществления сложных познавательных процессов.

Без учета этого принципа все клинические факты функциональных нарушений, возникающих при локальных поражениях мозга, остаются непонятными.

Третий, основной закон, которому подчиняется работа описываемого (второго) функционального блока (как, впрочем, и коры головного мозга в целом), можно обозначить как закон прогрессивной латерализации функций, вступающих в действие по мере перехода от первичных зон мозговой коры к вторичным и затем третичным зонам.

Известно, что первичные зоны обоих полушарий мозговой коры, построенных по принципу соматотопической проекции, равноценны. Каждая из них является проекцией контрлатеральных (расположенных на противоположной стороне) воспринимающих поверхностей, и ни о каком доминировании первичных зон какого-либо одного из полушарий говорить нельзя.

Иначе обстоит дело при переходе к вторичным, а затем и третичным зонам, где возникает известная латерализация функций, не имеющая места у животных, но характерная для функциональной организации человеческого мозга. Левое полушарие (у правшей) становится доминантным. Именно оно начинает осуществлять речевые функции, в то время как правое полушарие, не связанное с деятельностью правой руки и речью, остается субдоминантным. Мало того, это левое полушарие начинает играть существенную роль не только в мозговой организации речевых процессов, но и в мозговой организации всех связанных с речью высших форм психической деятельности — организованного в логические схемы восприятия, активной вербальной памяти, логического мышления (в то время как правое, субдоминантное, полушарие либо играет в мозговой организации этих процессов подчиненную роль, либо вообще не участвует в их обеспечении).

В итоге латерализации высших функций в коре головного мозга функции вторичных и третичных зон левого (ведущего) полушария у взрослого человека значительно отличаются от функций вторичных и третичных зон правого (субдоминантного) полушария, вследствие чего при локальных поражениях мозга подавляющее число симптомов нарушения высших психических процессов возникает при поражениях вторичных и третичных зон доминантного (левого) полушария. Эта ведущая роль левого (доминантного) полушария (как и общий

принцип прогрессивной латерализации функций) резко отличается организацию человеческого мозга от мозга животных, поведение которых не связано с речевой деятельностью.

Следует, однако, учитывать, что абсолютная доминантность одного (левого) полушария встречается далеко не всегда и закон латерализации носит лишь относительный характер. По данным последних исследований (Zangwill, 1960, и др.), лишь одна четверть всех людей являются полностью правшами, причем только несколько больше одной трети проявляет выраженное преобладание левого полушария, в то время как остальные отличаются относительно слабо выраженным преобладанием левого полушария, а в одной десятой всех случаев преобладание левого полушария вообще отсутствует.

БЛОК ПРОГРАММИРОВАНИЯ, РЕГУЛЯЦИИ И КОНТРОЛЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Прием, переработка и хранение информации составляют только одну сторону сознательной жизни человека. Ее другая сторона — организация активной, сознательной, целенаправленной деятельности. Она обеспечивается третьим функциональным блоком мозга — блоком программирования, регуляции и контроля.

Человек не только пассивно реагирует на доходящие до него сигналы. Он создает замыслы, формирует планы и программы своих действий, следит за их выполнением, регулирует свое поведение, приводя его в соответствие с планами и программами; он контролирует свою сознательную деятельность, сличая эффект действий с исходными намерениями и корректируя допущенные ошибки.

Все эти процессы требуют иных мозговых аппаратов, чем описанные выше, и если даже в простых рефлекторных актах, наряду с их афферентной стороной, существует как эффекторная сторона, так и аппараты обратной связи, служащие контрольным сервомеханизмом, то тем более такие специальные нервные образования необходимы в работе головного мозга, регулирующего сложную сознательную деятельность. Этим задачам и служат аппараты третьего блока головного мозга, расположенные в передних отделах больших полушарий —

кпереди от передней центральной извилины. Выходными воротами этого блока служит двигательная зона коры (4-е поле Бродмана), 5-й слой которой содержит гигантские пирамидные клетки Беца. Волокна от них идут к двигательным ядрам спинного мозга, а оттуда к мышцам, составляя части большого пирамидного пути. Эта зона коры имеет проекционный характер и топографически построена так, что в ее верхних отделах берут начало волокна, идущие к нижним, в средних отделах — к верхним конечностям противоположной стороны, в нижних отделах — волокна, идущие к мышцам лица, губ, языка. Максимальное представительство в этой зоне имеют органы, особо значимые и нуждающиеся в наиболее тонкой регуляции.

Проекционная двигательная кора не может, однако, функционировать изолированно. Все движения человека в той или иной степени нуждаются в известном тоническом фоне, который обеспечивается базальными двигательными узлами и волокнами экстрапирамидной системы.

Первичная (проекционная) двигательная кора является, как уже сказано, выходными воротами двигательных импульсов («передними рогами головного мозга», как назвал их Н. А. Бернштейн). Естественно, что двигательный состав импульсов, посылаемых на периферию, должен быть хорошо подготовлен, включен в известные программы, и только после такой подготовки импульсы, направленные через переднюю центральную извилину, могут обеспечить нужные целесообразные движения. Такая подготовка двигательных импульсов не может быть выполнена самими пирамидными клетками. Она должна быть обеспечена как в аппарате передней центральной извилины, так и в аппаратах надстроенных над ней вторичных зон двигательной коры, которые готовят двигательные программы, лишь затем передающиеся на гигантские пирамидные клетки.

В пределах самой передней центральной извилины таким аппаратом, участвующим в подготовке двигательных программ для передачи их на гигантские пирамидные клетки, являются верхние слои коры и внеклеточное серое вещество, составленное из элементов дендритов и глии. Отношение массы

этого внеклеточного серого вещества к массе клеток передней центральной извилины резко возрастает по мере эволюции (Bonin, 1943, 1948), так что величина его у человека вдвое больше, чем у высших, и почти в пять раз больше, чем у низших обезьян. Это означает, что по мере перехода к высшим ступеням эволюционной лестницы и особенно по мере перехода к человеку двигательные импульсы, генерируемые гигантскими пирамидными клетками Беца, должны становиться все более управляемыми, и именно эта управляемость обеспечивается мощно возрастающими аппаратами внеклеточного серого вещества, состоящего из дендритов и глии.

Передняя центральная извилина является, однако, лишь проекционной зоной, исполнительным аппаратом мозговой коры. Решающее значение в подготовке двигательных импульсов имеют надстроенные над ней вторичные и третичные зоны, так же подчиняющиеся принципам иерархического строения и убывающей специфичности, как и организация блока приема, переработки и хранения информации. Но ее основное отличие от второго (афферентного) блока заключается в том, что процессы здесь идут в нисходящем направлении, начинаясь с наиболее высоких — третичных и вторичных зон, где формируются двигательные планы и программы, и лишь затем переходя к аппаратам первичной двигательной зоны, которая посылает подготовленные двигательные импульсы на периферию.

Следующая черта, отличающая работу третьего (эфферентного) блока коры от работы ее второго (афферентного) блока, заключается в том, что этот блок сам не содержит набора модально-специфических зон, представляющих отдельные анализаторы, а состоит целиком из аппаратов эфферентного (двигательного) типа и сам находится под постоянным влиянием аппаратов афферентного блока. Роль основной зоны блока играют премоторные отделы лобной области. Морфологически они сохраняют тот же тип «вертикальной» исчерченности (Поляков, 1965, 1966, 1969), который характерен для всякой двигательной коры, но отличается несравненно большим развитием верхних слоев коры — слоев малых пирамид. Раздражение этих отделов коры вызывает не соматотопически огра-

ничейные вздрагивания отдельных мышц, а целые комплексы движений, имеющих системно организованный характер (повороты глаз, головы и всего тела, хватательные движения рук), что уже само по себе указывает на интегративную роль этих зон коры в организации движений.

Следует отметить также, что если раздражение передней центральной извилины вызывает ограниченное возбуждение, распространяющееся лишь на близлежащие точки, то раздражение премоторных отделов коры распространяется на достаточно отдаленные участки, включающие и постцентральные зоны, и, наоборот, сами участки премоторных зон возбуждаются под влиянием раздражения далеко расположенных от них участков афферентных отделов коры.

Все эти факты дают полное основание отнести премоторные зоны к вторичным отделам коры и высказать предположение, что они осуществляют в отношении движений такую же организующую функцию, какую выполняют вторичные зоны задних отделов коры, превращающие соматотопическую проекцию в функциональную организацию.

Наиболее существенной частью третьего функционального блока мозга являются, однако, лобные доли, или, если выразиться точнее, префронтальные отделы мозга, которые вследствие отсутствия в их составе пирамидных клеток иногда называются гранулярной лобной корой. Именно эти разделы мозга, относясь к третичным зонам коры, играют решающую роль в формировании намерений и программ, в регуляции и контроле наиболее сложных форм поведения человека. Они целиком состоят из мелких, зернистых клеток верхних слоев коры, обладающих лишь короткими аксонами и несущих, таким образом, ассоциативные функции.

Особенностью данной области мозга является ее богатейшая система связей как с нижележащими отделами мозга (медиальными ядрами, подушкой зрительного бугра и другими образованиями) и соответствующими отделами РФ, так и со всеми остальными отделами коры. Эти связи носят двусторонний характер и делают префронтальные отделы коры образованиями, находящимися в особенно выгодном положении как для приема и синтеза сложнейшей системы афферентаций,

идущих от всех отделов мозга, так и для организации эфферентных импульсов, позволяющих оказывать регулирующие воздействия на все эти структуры.

Решающее значение имеет тот факт, что лобные доли мозга, и в частности их медиальные и базальные отделы, обладают особенно мощными пучками восходящих и нисходящих связей с РФ и получают мощные импульсы от систем первого функционального блока, «заряжаясь» от него соответствующим энергетическим тоном. Вместе с тем они могут оказывать особенно мощное модулирующее влияние на РФ, придавая ее активирующим импульсам известный дифференцированный характер и приводя их в соответствие с динамическими схемами поведения, которые непосредственно формируются в лобной коре мозга.

Наличие как тормозящих, так и активирующих и модулирующих влияний, которые лобные доли оказывают на аппараты РФ первого блока, доказано многочисленными электрофизиологическими экспериментами (French et al., 1955; Segundo et al., 1955; Pribram, 1960; Нарикашвили, 1963; Nauta, 1964, 1971, Дуринян, Рабин, 1968), а также с помощью условнорефлекторных методик (в экспериментах с животными), результаты которых резко изменялись после хирургических вмешательств, нарушавших нормальное функционирование лобных отделов мозга (Конорский, 1970).

Влияние префронтальной коры, и особенно ее медиальных и базальных отделов, на высшие формы процессов активации было подробно изучено на человеке Е. Д. Хомской и ее сотрудниками (Артемьева, 1965; Хомская, 1969, 1972; Барановская, Хомская, 1966; Симерницкая, Хомская, 1966; Симерницкая, 1970). Было установлено, что префронтальные отделы коры действительно играют существенную роль в регуляции состояния активности, меняя его в соответствии с наиболее сложными, формулируемыми с помощью речи намерениями и замыслами человека. Следует отметить, что эти отделы мозговой коры созревают лишь на очень поздних этапах онтогенеза и становятся окончательно подготовленными к действию лишь у ребенка 4-7-летнего возраста. Темп роста площади лобных областей мозга резко повышается к 3,5-4 годам и испытывает

затем второй скачок к 7-8-летнему возрасту. К первому из этих периодов относится и существенный скачок роста клеточных тел, входящих в состав префронтальных отделов коры.

В филогенезе эти отделы мозга получают мощное развитие лишь на самых поздних этапах эволюции. У человека они занимают до 1/3 всей массы мозга и имеют помимо указанных и другие функции, более непосредственно связанные с организацией активной деятельности людей.

Эти отделы двусторонне связаны не только с нижележащими образованиями ствола и межучного мозга, но и со всеми остальными отделами коры больших полушарий. Отмечены богатейшие связи лобных долей как с затылочными, височными, теменными областями, так и с лимбическими отделами коры (Pribram, 1961, 1972; Загер, 1962, 1965, 1968; Rose, Woolsey, 1949; Nauta, 1964). Это подтверждено и нейронографическими исследованиями (McCulloch, 1943; French, Magoun, 1952), установившими богатейшую систему афферентных и эфферентных связей полей префронтальной области с полями других областей коры.

Таким образом, то, что префронтальные отделы коры являются третичными образованиями, стоящими в теснейшей связи почти со всеми основными зонами коры головного мозга, не вызывает сомнений, и их отличие от третичных зон задних отделов заключается лишь в том, что третичные отделы лобных долей фактически надстроены над всеми отделами мозговой коры, осуществляя, таким образом, гораздо более универсальную функцию общей регуляции поведения, чем та, которую имеет «задний ассоциативный центр», или, иначе говоря, третичные поля второго (ранее описанного) блока.

Морфологические данные о строении и связях лобных долей делают понятным тот вклад, который эти образования вносят в общую организацию поведения. Уже ранние наблюдения над животными, лишенными лобных долей мозга (Bianchi, 1895; Franz, 1907; Malmö, 1942; Бехтерев, 1905; Павлов, 1951; Pribram, 1954, 1959, 1960; Анохин, 1975; Mishkin, Pribram, 1956; Rosvold, Delgado, 1956; Rosvold, 1959), позволили установить, насколько глубоко изменяется поведение животных после их экстирпации.

Как указывал еще И. П. Павлов, у такого животного нельзя отметить каких-либо нарушений в работе отдельных органов чувств. Зрительный и кинестезический анализы остаются сохранными, но осмысленное, направленное на известную цель поведение глубоко меняется. Нормальное животное всегда направляется к цели, тормозя реакции на несущественные, побочные раздражители. Собака же с разрушенными лобными долями реагирует на любой побочный раздражитель. Увидев опавшие листья на садовой дорожке, она схватывает, жует и выплевывает их. Она не узнает своего хозяина. У нее возникают нетормозимые ориентировочные рефлексy в ответ на любые элементы обстановки; отвлечение в сторону этих несущественных элементов нарушает планы и программы ее поведения, делает ее поведение фрагментарным и неуправляемым. Иногда осмысленное, целенаправленное поведение срывается у такого животного бессмысленным воспроизведением однажды возникших инертных стереотипов. Собаки, лишенные лобных долей и один раз получившие пищу из двух кормушек, расположенных справа и слева, начинали совершать длительные стереотипные «маятникообразные» движения, многократно перебегая от одной кормушки к другой, не регулируя своего (поведения) полученными подкреплениями (Анохин, 1968). Подобные факты дали основание И. П. Павлову утверждать, что лобные доли играют существенную роль в синтезе направленного на известную цель движения (Павлов, 1951), а В. М. Бехтереву — высказать предположение о том, что лобные доли мозга играют существенную роль в «правиль-

ной оценке внешних впечатлений и целесообразном, направленном выборе движений, сообразно с упомянутой оценкой», обеспечивая таким образом «психорегуляторную деятельность» (Бехтерев, 1905). П. К. Анохин высказал предположение, что лобные доли мозга играют существенную роль в «синтезе обстановочных сигналов», обеспечивая этим «предварительную, предпусковую афферентацию» поведения (Анохин, 1975).

Дальнейшие исследования позволили внести существенные уточнения в анализ только что упомянутых функций лобных долей мозга. Как показали наблюдения С. Джекобсена

(Jacobsen, 1935), обезьяна, лишенная лобных долей, успешно осуществляет простые акты поведения, направляемые непосредственными впечатлениями, но оказывается не в состоянии синтезировать сигналы, поступающие из разных частей ситуации, не воспринимаемых в едином зрительном поле, и, таким образом, не может выполнять сложные программы поведения, требующие опоры на мнестический план. Дальнейшие опыты ряда авторов показали, что удаление лобных долей приводит к распаду отсроченных реакций и к невозможности подчинить поведение животного известной внутренней программе (например, программе, основанной на последовательной смене сигналов). Анализ этих нарушений позволил обнаружить, что разрушение лобных долей ведет к нарушению не столько памяти, сколько возможности тормозить ориентировочные рефлексy на побочные, отвлекающие раздражители. Такое животное не в состоянии выполнять задачи на отсроченные реакции в обычных условиях, но способно осуществлять эти реакции при устранении побочных, отвлекающих раздражителей (помещение в полную темноту, введение успокаивающих фармакологических средств и др.) (Malmo, 1942; Pribram, 1959, 1960).

Все это свидетельствует о том, что разрушение префронтальной коры действительно приводит к глубокому нарушению сложных программ поведения и к выраженному растормаживанию непосредственных реакций на побочные раздражители, делающему выполнение сложных программ поведения недоступным.

Роль префронтальных отделов мозга в синтезе целой системы раздражителей и в создании плана действия проявляется, однако, не только в отношении актуально действующих сигналов, но и в формировании активного поведения, направленного на будущее.

Как показали наблюдения К. Прибрама, животное с сохранными лобными долями оказывается в состоянии выдерживать длинные паузы, ожидая соответствующего подкрепления, и его активные реакции усиливаются лишь по мере приближения времени, когда должен появиться ожидаемый сигнал. В отличие от этого животное, лишенное лобных долей

мозга, не способно обеспечить такое состояние «активного ожидания» и в условиях длительной паузы дает сразу же массу движений, не относя их к концу паузы и к моменту ожидаемого раздражителя. Таким образом, есть основания утверждать, что лобные доли являются одним из важнейших аппаратов, позволяющих животному осуществлять адекватную ориентировку не только на настоящее, но и на будущее. Этим они обеспечивают наиболее сложные формы активного поведения.

Следует, наконец, упомянуть и последнюю, очень существенную функцию лобных долей мозга в регуляции и контроле поведения. В настоящее время ясно, что схема рефлекторной дуги не может рассматриваться как полно отражающая все существенное в структуре поведения и что она должна быть заменена схемой рефлекторного кольца или рефлекторного круга. В нем, наряду с восприятием и анализом сигналов внешней среды и реакций на них, учитывается и то обратное влияние, которое оказывает эффект действия на мозг животного. Этот механизм «обратной связи» или «обратной афферентации», как существенное звено всякого организованного действия, был поставлен в центр внимания рядом исследователей (Анохин, 1975; Бернштейн, 1935, 1957, 1967; Миллер и др., 1965), и в соответствии с ним П. К. Анохиным был указан аппарат «акцептора действия», без наличия которого всякое организованное поведение становится невозможным.

Многочисленные наблюдения показывают, что наиболее сложные формы такого «акцептора действия» связаны с лобными долями мозга и что лобные доли осуществляют не только функцию синтеза внешних раздражителей, подготовки к действию и формированию программы, но и функцию учета эффекта произведенного действия и контроля за его успешным протеканием.

Разрушение лобных долей мозга у животного лишает его возможности оценивать и исправлять допускаемые ошибки, вследствие чего поведение теряет свой организованный, осмысленный характер (Pribram, 1959, 1960, 1961).

В начале 60-х гг. было внесено еще одно существенное дополнение в понимание функциональной организации лобных

долей мозга животного. Рядом исследователей (Gross, Weis-krantz, 1964; Brutkowski, 1964) было установлено, что лобные доли животного не являются однородным образованием и что если одни участки их (гомологичные конвекситальным отделам лобной доли человека) имеют прямое отношение к регуляции двигательных процессов, то другие зоны (гомологичные медиальным и базальным отделам лобных долей человека) имеют, по-видимому, иную функцию, и их разрушение не ведет к нарушению двигательных процессов."

Лобные доли человека, как уже говорилось, развиты неизмеримо больше, чем лобные доли даже высших обезьян. Вот почему у человека в силу прогрессивной кортикализации функций процессы программирования, регуляции и контроля сознательной деятельности в несравненно большей степени зависят от префронтальных отделов мозга, чем процессы регуляции поведения у животных.

В силу совершенно понятных причин эксперимент на человеке возможен в значительно более узких пределах, чем на животных. Однако в настоящее время все же имеется обширный материал, позволяющий получить более полную, чем раньше, информацию о роли префронтальных отделов коры в регуляции психических процессов человека.

Основная отличительная черта регуляции человеческой сознательной деятельности заключается в том, что она совершается при ближайшем участии речи, и если относительно элементарные формы регуляции органических процессов и даже простейших форм поведения могут протекать без участия речи, то высшие психические процессы формируются и протекают на основе речевой деятельности, которая на ранних ступенях развития носит развернутый характер, а затем все более сокращается (Выготский, 1956, 1960; Леонтьев, 1959; Запорожец, 1960). Именно в силу этого естественно искать программирующее, регулирующее и контролирующее действие человеческого мозга прежде всего в тех формах сознательной деятельности, управление которыми совершается при ближайшем участии речевых процессов.

Имеются бесспорные факты, говорящие о том, что именно такие формы регуляции осуществляются у человека при

ближайшем участии лобных долей. Английский исследователь Г. Уолтер (Уолтер, 1966; Walter, 1964) показал, что каждый акт ожидания вызывает в коре головного мозга человека своеобразные медленные потенциалы, которые усиливаются по мере увеличения вероятности появления ожидаемого сигнала, уменьшаются с падением степени этой вероятности и исчезают, как только задача ожидать сигнал отменяется. Характерно, что эти волны, которые были названы им «волнами ожидания», появляются прежде всего в лобных долях мозга и уже оттуда распространяются по всей остальной коре.

Почти одновременно с этой находкой М. Н. Ливанов вместе со своими сотрудниками (Ливанов и др., 1964; Ливанов, 1965; Ливанов и др., 1966; Ливанов и др., 1967) при помощи иного методического приема подтвердил участие префронтальных отделов мозга в наиболее сложных формах активации, вызываемой интеллектуальной деятельностью. Регистрируя с помощью специальной многоканальной установки изменения биоэлектрической активности, отражающие возбуждение одновременно работающих пунктов мозга (до 150), он обнаружил, что каждая сложная умственная работа ведет к появлению большого числа синхронно работающих пунктов именно в лобных долях мозга.

Все названные исследования, проведенные независимо друг от друга, убедительно свидетельствуют о том, что кора лобных долей мозга участвует в генерации процессов активации, возникающей при наиболее сложных формах сознательной деятельности, в организации которой важнейшую роль играет речь. Подобные факты становятся ясными, если учесть, что именно эти разделы мозговой коры особенно богаты связями с нисходящей активирующей РФ, в силу чего имеется основание думать, что лобные доли человека принимают самое непосредственное участие в повышении состояния активности, которое сопровождает всякую сознательную деятельность. Эти же факты заставляют предполагать, что именно префронтальные отделы коры, вызывающие такую активацию, как раз и обеспечивают те сложнейшие формы программирования, регуляции и контроля сознательной деятельности человека, которые не могут осуществляться без участия оптимального тонуса корковых процессов.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ТРЕХ ОСНОВНЫХ
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ БЛОКОВ МОЗГА

Было бы неправильно предполагать, что каждый из описанных блоков может самостоятельно осуществлять ту или иную форму деятельности. Любая сознательная деятельность, как уже неоднократно отмечалось, всегда является сложной функциональной системой и осуществляется, опираясь на совместную работу всех трех блоков мозга, каждый из которых вносит свой вклад в ее осуществление.

Уже давно прошло то время, когда психологи рассматривали психические функции как изолированные «способности», каждая из которых могла быть локализована в определенном участке мозга. Однако миновало и то время, когда психические процессы представлялись по модели рефлекторной дуги, первая часть которой имела чисто афферентный характер и выполняла функции ощущения и восприятия, в то время как вторая — эффекторная — часть целиком осуществляла движения и действия.

Современные представления о строении психических процессов носят совсем иной характер и исходят, скорее, из модели «рефлекторного кольца» или сложной саморегулирующейся системы, каждое звено которой включает как афферентные, так и эффекторные компоненты, а все звенья этой системы в целом носят характер сложной и активной психической деятельности.

Было бы неверно, например, представлять ощущение и восприятие как чисто пассивные процессы. Известно, что уже в ощущение включены двигательные компоненты, и современная психология представляет ощущение, а тем более восприятие как рефлекторный акт, включающий как афферентное, так и эффекторное звено (Леонтьев, 1,959). Чтобы убедиться в сложном активном характере ощущений,

достаточно напомнить, что даже у животных оно включает как необходимое звено отбор биологически значимых признаков, а у человека — и активное кодирующее влияние языка (Bruner, 1957; Люблинская, 1959).

Особенно отчетливо выступает активный характер сложного предметного восприятия. Хорошо известно, что предмет-

ное восприятие носит не только полирецепторный характер, что оно, опираясь на совместную работу целой группы анализаторов, всегда имеет в своем составе и активные двигательные компоненты.

Решающую роль движений глаз в зрительном восприятии отмечал еще И. М. Сеченов (1947), но экспериментально доказано это было лишь в последнее время рядом психофизиологических исследований, показавших, что неподвижный глаз практически не может устойчиво воспринимать комплексные предметы и что сложное предметное восприятие всегда предполагает использование активных, поисковых движений глаз, выделяющих нужные признаки и лишь постепенно принимающих свернутый характер (Ярбус, 1965; Запорожец, 1960; Зинченко, 1962).

Все эти факты делают очевидным, что восприятие осуществляется при совместном участии всех трех функциональных блоков мозга, из которых первый обеспечивает нужный тонус коры, второй — дает возможность анализа и синтеза поступающей информации, а третий — необходимые направленные поисковые движения; последнее придает активный характер воспринимающей деятельности человека в целом.

Аналогичное можно сказать и о построении произвольных движений и действий. Участие эфферентных механизмов в построении движения самоочевидно. Однако, как показал Н. А. Бернштейн (1947), движение не может управляться одними эфферентными импульсами. Для его организованного выполнения необходимы постоянные афферентные импульсы, сигнализирующие состояние сочленений и мышц, положение сегментов движущегося аппарата и те пространственные координаты, в которых движение протекает.

Все это делает понятным, что произвольное движение, а тем более предметное действие опираются на совместную работу самых различных отделов мозга. Если аппараты первого блока обеспечивают нужный тонус мышц, без которого никакое координированное движение не было бы возможным, то аппараты второго блока позволяют осуществить те афферентные синтезы, в системе которых протекает движение, а аппараты третьего блока обеспечивают подчинение движения и

действия соответствующим намерениям, способствуют созданию программы выполнения двигательных актов и осуществляют как регуляцию движений, так и контроль над ними, без чего не может сохраниться организованный, осмысленный характер двигательных и любых других действий.

Все это делает очевидным, что только учет взаимодействия всех трех функциональных блоков мозга, их совместной работы и того, каков специфический вклад каждого из них в отражательную деятельность мозга, позволяет правильно решать вопрос о мозговых механизмах психической деятельности.

Хомская Е. Д.

ТЕОРИЯ СИСТЕМНОЙ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ¹

Советская нейропсихология сформировалась на основе положений общепсихологической теории, разработанной в советской психологии Л. С. Выготским и его последователями — А. Н. Леонтьевым, А. Р. Лурия, П. Я. Гальпериным, А. В. Запорожцем, Д. Б. Элькониным и рядом других психологов. Основные положения этой теории вошли в теоретический понятийный аппарат нейропсихологии, составив его общепсихологический «каркас». Успехи советской нейропсихологии в значительной степени обусловлены ее непосредственной связью с общепсихологической теорией, с использованием адекватных общепсихологических моделей для анализа патологических явлений.

В понятийном аппарате нейропсихологии можно выделить два класса понятий. Первый — это понятия, общие для нейропсихологии и общей психологии; второй — это собственно нейропсихологические понятия, сформированные в самой нейропсихологии и обусловленные спецификой ее предмета, объекта и методов исследования.

¹ *Хомская Е. Д.* Нейропсихология. — М.: Изд-во МГУ, 1987. — С. 26-38.

К *первому классу* понятий относятся такие, как «психическая деятельность», «психологическая система», «психический процесс», «речевое опосредование», «значение», «личностный смысл», «психологическое орудие», «образ», «знак», «действие», «операция», «интериоризация» и многие другие. Содержание этих понятий излагается в ряде руководств и монографий, посвященных общепсихологическим проблемам (Выготский, 1956; Леонтьев, 1972, 1977; Ломов, 1984; Лурия, 1971, 1977).

Второй класс понятий составляют собственно нейропсихо-логические понятия, в которых нашло отражение применение общепсихологической теории к нейропсихологии — конкретной области знания, предметом которой является изучение особенностей нарушения психических процессов, состояний и личности в целом при локальных поражениях мозга. Все вместе эти понятия составляют определенную систему знаний или теорию, с единых позиций объясняющую закономерности нарушения и восстановления высших психических функций при локальных поражениях мозга и обосновывающую представления об их мозговой организации. Данная теория, с одной стороны, способна объяснить разнообразную клиническую феноменологию нарушений психических функций, с другой — удовлетворительно предсказать новые факты и закономерности.

Общепсихологическую основу этой теории составляет положение о системном строении высших психических функций и их системной мозговой организации. Понятие «высшие психические функции» — центральное для нейропсихологии — было введено в общую психологию и в нейропсихологию Л. С. Выготским (Выготский, 1956, 1960), а затем подробно разработано А. Р. Лурия (Лурия, 1969, 1973) и другими авторами. В нейропсихологии, как и в общей психологии, под высшими психическими функциями понимаются сложные формы сознательной психической деятельности, осуществляемые на основе соответствующих мотивов, регулируемые соответствующими целями и программами и подчиняющиеся всем закономерностям психической деятельности. Как указывал А. Р. Лурия (1969), высшие психические функции обладают тремя основными характеристиками: они формируются прижизненно, под

влиянием социальных факторов, они опосредованы по своему психологическому строению (преимущественно с помощью речевой системы) и произвольны по способу осуществления,

В основе представлений о высших психических функциях как социально детерминированных психических образованиях или сознательных формах психической деятельности лежат теоретико-методологические положения марксистской психологии об общественно-историческом происхождении психики человека и определяющей роли трудовой деятельности в формировании его сознания.

Социальные воздействия детерминируют способы формирования высших психических функций и тем самым их психологическую структуру. Высшие психические функции опосредованы различными «психологическими орудиями» — знаковыми системами, являющимися продуктами длительного общественно-исторического развития. Среди «психологических орудий» ведущую роль играет речь. Поэтому речевое опосредование высших психических функций представляет собой наиболее универсальный способ их формирования.

Высшие психические функции — сложные системные образования, качественно отличные от других психических явлений. Они представляют собой «психологические системы» (по определению Л. С. Выготского), которые создаются «путем надстройки новых образований над старыми с сохранением старых образований в виде подчиненных слоев внутри нового целого» (Выготский, 1960). Основные характеристики высших психических функций — опосредованность, осознанность, произвольность — представляют собой *системные качества*, характеризующие высшие психические функции как «психологические системы». Высшие психические функции как системы обладают большой пластичностью, взаимозаменяемостью входящих в них компонентов. Неизменными (инвариантными) в них являются исходная задача (осознанная цель или программа деятельности) и конечный результат; средства же, с помощью которых реализуется данная задача, весьма вариативны и различны на разных этапах и при разных способах и путях формирования функции.

Закономерностью формирования высших психических функций является то, что первоначально они существуют как форма взаимодействия между людьми (т. е. как интерпсихо-

логический процесс), а лишь позже — как полностью внутренний (интрапсихологический) процесс. По мере формирования высших психических функций происходит превращение внешних средств осуществления функции во внутренние, психологические (интериоризация). В процессе развития высшие психические функции постепенно «свертываются», автоматизируются. На первых этапах формирования высшие психические функции представляют собой развернутую форму предметной деятельности, которая опирается на относительно элементарные сенсорные и моторные процессы; затем эти действия и процессы «свертываются», приобретая характер автоматизированных умственных действий (Гальперин, 1959, 1976). Одновременно изменяется и психологическая структура высших психических функций.

Представления о высших психических функциях как о сложных психологических системах было дополнено А. Р. Лурия представлением о высших психических функциях как о функциональных системах. Под функциональной системой в нейропсихологии понимается психофизиологическая основа высших психических функций.

Характеризуя высшие психические функции как функциональные системы, А. Р. Лурия писал, что особенностью этого рода функциональных систем является их сложный состав, включающий целый набор афферентных (настраивающих) и эфферентных (осуществляющих) компонентов или звеньев (Лурия, 1969, 1973). Таким образом, высшие психические функции, или сложные формы сознательной психической деятельности, системны по своему психологическому строению и имеют сложную психофизиологическую основу в качестве функциональных многокомпонентных систем. Данные положения являются центральными для теории системной динамической локализации высших психических функций — теоретической основы современной советской нейропсихологии.

Ко второму классу собственно нейропсихологических понятий можно отнести большое число разного рода понятий, из которых наиболее важными являются следующие.

«Нейропсихологический симптом» — нарушение психической функции (как элементарной, так и высшей), возникающее вследствие локального поражения головного мозга;

«Первичные нейропсихологические симптомы» — нарушения психических функций, непосредственно связанные с нарушением (выпадением) определенного фактора;

«Вторичные нейропсихологические симптомы» — нарушения психических функций, возникающие как системное следствие первичных нейропсихологических симптомов по законам системной взаимосвязи с первичными нарушениями;

«Нейропсихологический синдром» — закономерное сочетание нейропсихологических симптомов, связанное с выпадением (или нарушением) определенного фактора (или нескольких факторов);

«Нейропсихологический фактор» — физиологическое понятие, обозначающее принцип физиологической деятельности (*modus operandi*) определенной мозговой структуры (участка мозга), нарушение которого ведет к появлению нейропсихологического синдрома;

«Факторный анализ» — изучение качественной специфики нарушений различных психических функций, связанных с выпадением (нарушением) определенного фактора; качественная квалификация нейропсихологических симптомов;

«Нейропсихологическая диагностика» — исследование больных с локальными поражениями головного мозга с помощью нейропсихологических методов с целью установления места поражения мозга (т. е. с целью постановки топического диагноза);

«Функциональная система» — физиологическое понятие, заимствованное из концепции функциональных систем П. К. Анохина (Анохин, 1968, 1971), используемое для объяснения физиологической основы высших психических функций: совокупность афферентных и эфферентных механизмов (звеньев), объединенных в единую систему для достижения

конечного полезного результата. Функциональные системы, лежащие в основе психической сознательной деятельности человека, характеризуются большей сложностью (многозвенностью, более сложной иерархической организацией и т. п.) по сравнению с функциональными системами, лежащими в основе поведенческих актов животных. Различные по содержанию высшие психические функции (гностические, мнестические, интел-

лектуальные и др.) обеспечиваются качественно различными функциональными системами (Лурия, 1977; Хомская, 1978);

«Мозговые механизмы высших психических функций» (или «мозговая организация психической деятельности») — совокупность морфологических структур (зон, участков) в коре больших полушарий и в подкорковых образованиях и протекающих в них физиологических процессов, входящих в единую систему и необходимых для осуществления психической деятельности; морфофизиологическая основа психических функций;

«Локализация высших психических функций» — соотношение различных звеньев (аспектов) психической функции как функциональной системы с различными факторами (физиологическими закономерностями), присущими работе той или иной мозговой структуры (корковой или подкорковой), — синоним «мозговой организации высших психических функций»;

«Полифункциональность мозговых структур» — положение, согласно которому мозговые структуры (особенно ассоциативные зоны коры больших полушарий) под влиянием новых афферентных воздействий могут перестраивать свои функции; на этом положении основаны принципы внутрисистемной и межсистемной перестройки высших психических функций, нарушенных вследствие локальных поражений головного мозга;

«Норма функции» — понятие, на котором основано нейро-психологическое изучение нарушений высших психических функций. Показатели реализации функции (в психологических единицах продуктивности, объема, скорости и т. д.), которые характеризуют среднюю норму в данной популяции (т. е. показатели, характерные для подавляющего большинства здоровых людей).

«Межполушарная асимметрия мозга» — неравноценность, качественное различие того «вклада», который делает левое и правое полушария мозга в каждую психическую функцию. Различия в мозговой организации высших психических функций в левом и правом полушариях мозга;

«Функциональная специфичность больших полушарий» — специфика переработки информации и мозговой организации функций, присущая левому или правому полушарию головного мозга, определяемая интегральными полушарными факторами;

«Межполушарное взаимодействие» — особый механизм объединения левого и правого полушарий в единую интегративно-целостно функционирующую систему, формирующийся в онтогенезе.

Перечисленные понятия входят в основной понятийный аппарат теории системной динамической локализации высших психических функций человека, разработанной в советской нейропсихологии Л. С. Выготским и А. Р. Лурия. Создание логически непротиворечивой теоретической концепции, объясняющей (с учетом различных современных знаний о мозге) общие принципы локализации (или мозговой организации) высших психических функций человека, является бесспорным достижением советской нейропсихологии, важнейшим вкладом в современные представления о соотношении мозга и психики.

Проблема локализации высших психических функций, или проблема «мозг и психика», относится к числу важнейших кардинальных проблем современного естествознания. Она принадлежит к числу междисциплинарных проблем, которые разрабатываются целым рядом дисциплин: нейроанатомией, нейрофизиологией, неврологией и др. Нейропсихология изучает эту проблему со своих позиций, исследуя особенности нарушений психических процессов у больных с локальными поражениями мозга. Данная проблема, связанная с коренными вопросами мировоззрения, всегда была ареной острой борьбы между идеалистическими и материалистическими взглядами. Ее актуальность не снизилась и в настоящее время.

Теория системной динамической локализации высших психических функций сформировалась в борьбе с двумя основными направлениями в решении проблемы «мозг и психика»: узким локализационизмом (или психоморфологическим направлением) и антилокализационизмом (или концепцией эквипотенциальное™ мозга). Эти направления являются основными в длительной истории изучения проблемы локализации психических функций человека. Подробный обзор этих направлений дан в ряде монографий А. Р. Лурия (1969, 1973 и др.), в работах В. М. Смирнова (1976), И. Н. Филимонова (1940, **1974**), С. А. Саркисова (**1964**), О. С. Адрианова (**1980, 1983**) и ряда других исследователей. Критика этих направлений оста-

ется актуальной и сегодня. Узкий локализационизм исходит из представлений о психической функции как о неразложимой на компоненты единой психической «способности», которая должна быть целиком соотнесена с мозгом (морфологическими структурами): Сам мозг, и прежде всего кора больших полушарий, рассматривается данным направлением как совокупность различных «центров», каждый из которых целиком «заведует» определенной психической функцией, в связи с чем поражение какого-либо мозгового «центра» ведет к необратимому нарушению (или выпадению) соответствующей функции. Локализация психической функции понимается этим направлением как непосредственное соотнесение психического и морфологического (или непосредственное «наложение» психического на морфологическое), в связи с чем это направление и получило название «психоморфологического». Следует отметить, что психоморфологические представления отнюдь не изжиты и в настоящее время и прежде всего в сознании некоторых врачей-клиницистов, отождествляющих локализацию того или иного симптома нарушения психической функции с локализацией самой функции. Наиболее яркими и последовательными представителями этого направления в разные времена были неврологи, изучавшие последствия локальных поражений головного мозга (Буйо, Брока, Вернике, Галль, Брод-бент, Шарко, Кляйст и др.). Френологическая карта Ф. Галля и локализационная карта К. Кляйста представляют собой логическое завершение идей узкого локализационизма о работе коры больших полушарий как совокупности различных «центров» психических «способностей».

Другое направление — *аптилокализационизм* — сходно с узким локализационизмом и по своему отношению к психическим функциям, как к далее неразложимым психическим «способностям», и по своему пониманию локализации как непосредственного соотношения психического и морфологического. Однако мозг и прежде всего кора больших полушарий трактуются данным направлением как однородное (эквипотенциальное) целое, равноценное и равнозначное для психических функций во всех своих отделах. Психические функции («способности») связаны равномерно со всем мозгом (и преж-

де всего с корой больших полушарий), и любое поражение мозга приводит к пропорциональному величине патологического очага нарушению всех психических функций одновременно (или к общему ухудшению сложных «символических функций» по К. Гольдштейну). Степень нарушения психической функции не зависит от локализации поражения, а определяется только массой пораженного мозга.

Наиболее яркими представителями данного направления были физиологи (Флуранс, Гольц, Лешли и др.) и психологи-идеалисты (Бергсон и другие представители Вюрцбургской школы).

Клинические наблюдения за больными, перенесшими локальные поражения мозга, как будто бы подкрепляли фактами оба указанных направления: с одной стороны, поражение отдельных участков мозга (преимущественно коры больших полушарий) приводит к нарушениям психических процессов, с другой — при локальных поражениях нередко наблюдаются факты высокой компенсации возникших нарушений, указывающие на возможность осуществления нарушенных функций и другими отделами мозга. Ни та ни другая концепция не могла объяснить эти противоречия.

В истории изучения проблемы локализации психических функций существовали и существуют и другие направления. Довольно распространенной является эклектическая концепция, сохранившаяся и до настоящего времени, объединяющая и психоморфологические, и антилокализационные представления. Согласно данной концепции (которую разделяли такие исследователи, как Монаков, Гольдштейн, Хэд и др.) можно и следует локализовать (соотносить с определенными участками мозга) лишь относительно элементарные сенсорные и моторные функции. Однако высшие психические функции связаны со всем мозгом равномерно (или с центральными эквипотенциальными отделами коры по К. Гольдштейну).

Наконец, история науки знает и откровенное отрицание самой возможности связывать мозг и психику, отрицание самой проблемы локализации высших психических функций человека. Этой откровенно идеалистической позиции придерживались такие крупные физиологи, как Г. Гельмгольц,

Ч. Шеррингтон, Э. Эдриан, Р. Гранит, которые были естествоиспытателями в науке, но идеалистами по своему философскому мировоззрению.

В наше время таких взглядов придерживался крупнейший физиолог Дж. Экклз, который известен своими работами по синаптической передаче импульсов. В своих монографиях «Мозг и психический опыт», «Лицом к лицу с реальностью» Дж. Экклз выступает как субъективный идеалист, считающий первичной реальность собственного сознания, субъективный опыт, а весь остальной внешний мир — вторичным, и рассматривающий человеческое сознание как «акт творений бога», а материалистическое понимание сознания как «болезнь науки» (Лурия, Гургенидзе, 1972).

Теория системной динамической локализации высших психических функций человека создавалась в борьбе с этими направлениями, с опорой на достижения советской психологии, с одной стороны, и достижения отечественной материалистической физиологии — с другой.

В советской нейропсихологии было пересмотрено понятие «функция». «Высшие психические функции» как психологические образования стали рассматриваться с позиций советской психологической науки как социальные по генезу (т. е. прижизненные, обусловленные социально-историческими факторами), опосредованные психологическими орудиями (главным образом, речью), системные по строению, осознанные, динамичные по своей организации (т. е. различные по психологической структуре на разных этапах онтогенеза), произвольные по способу управления. Таким образом, представление о недифференцированных психических функциях как о далее неразложимых «способностях» было заменено современными представлениями о психических функциях как о «психологических системах», обладающих сложным психологическим строением и включающих много психологических компонентов (звеньев, фаз и т. д.). Опираясь на достижения отечественной материалистической физиологии (на работы И. М. Сеченова, И. П. Павлова, П. К. Анохина, Н. А. Бернштейна, Н. П. Бехтерева и других физиологов), советская нейропсихология рассматривает психические функции как ре-

зультат сложной рефлекторной деятельности, детерминированной внешними стимулами, как сложные формы приспособительной деятельности организма, направленной на решение каких-либо психологических задач.

В советской нейропсихологии пересмотрено и понятие «локализация». Локализация психических функций рассматривается как системный процесс. Это означает, что психическая функция (как и физиологическая, например, дыхание) соотносится с мозгом как определенная многокомпонентная, мозговая система, различные звенья которой связаны с работой различных мозговых структур. А. Р. Лурия писал, что «высшие психические функции как сложные функциональные системы не могут быть локализованы в узких зонах мозговой коры или в изолированных клеточных группах, а должны охватывать сложные системы совместно работающих зон, каждая из которых вносит свой вклад в осуществление сложных психических процессов и которые могут располагаться в совершенно различных, иногда далеко отстоящих друг от друга участках мозга» (Лурия, 1969).

Системная локализация высших психических функций предполагает многоэтапную иерархическую многоуровневую мозговую организацию каждой функции. Это неизбежно вытекает из сложного многокомпонентного состава функциональных систем, на которые опираются высшие психические функции. Одним из первых исследователей, указавших на иерархический принцип локализации высших психических функций, был советский невролог И. Н. Филимонов, назвавший его принципом «поэтапной локализации функций» (Филимонов, 1940; 1974).

Локализация высших психических функций характеризуется также динамичностью, изменчивостью. Этот принцип локализации функций вытекает из основного качества функциональных систем, опосредующих высшие психические функции, их пластичности, изменчивости, взаимозаменяемости звеньев. Представления о динамичности, изменчивости мозговой организации психических функций опираются на клинические, физиологические и анатомические данные. Обобщая результаты многолетних клинических наблюдений, И. Н. Фи-

лимонов сформулировал положение о «функциональной многозначности мозговых структур» (Филимонов, 1974), согласно которому многие мозговые структуры при определенных условиях могут включаться в выполнение новых функций. Это положение защищали и многие другие исследователи (У. С. Гесс, У. Пенфилд, Г. Джаспер и др.).

Положение о «функциональной многозначности» мозговых структур поддерживал и И. П. Павлов, выделявший, как известно, в коре больших полушарий «ядерные зоны анализаторов» и «рассеянную периферию» и отводивший последней роль структур, имеющих пластические функции.

Существуют многочисленные физиологические доказательства справедливости идеи о динамичности, изменчивости мозговой организации функций. К ним относятся прежде всего экспериментальные исследования П. К. Анохина (Анохин, 1968; Анохин, 1971) и его учеников (Судаков, 1984; Швырков, 1978), показавших, что не только относительно сложные поведенческие акты (пищедобывательные, оборонительные и др.), но и сравнительно простые физиологические функции (например, дыхание) обеспечиваются сложными функциональными системами, где возможно замещение одних звеньев другими.

В трудах Н. А. Бернштейна (Бернштейн, 1947, 1966) также находят дальнейшее развитие идеи пластичности, динамичности мозговой организации функций. Изучая физиологию движений, Н. А. Бернштейн сформулировал ряд принципиальных положений о построении любой функции. К их числу относится положение о том, что двигательная система (как и любые функции, включая и психические) построена по «топологическому», а не «метрическому» принципу, где инвариантны задача и конечный эффект, но вариативны способы осуществления задачи.

Принцип динамической локализации высших психических функций человека опирается и на современные анатомические сведения. Работами Московского института мозга АМН СССР с помощью различных современных методов исследования установлена изменчивость под влиянием различных воздействий микросистем (или микроансамблей), составляющих основные макросистемы мозга (проекционные, ассоциа-

тивные, интегративно-пусковые и лимбико-ретикулярные). Эти данные вошли как одно из основных положений в концепцию о структурно-системной организации функций мозга, разработанную О. С. Адриановым (Адрианов, 1976, 1983).

Принцип динамической локализации функций впервые был сформулирован И. П. Павловым (1951) и А. А. Ухтомским (1962). Он противопоставлялся идее локализации функции в определенном фиксированном «центре», причем А. А. Ухтомский при рассмотрении механизмов динамической локализации функций большое значение придавал временным показателям работы разных элементов, входящих в «динамическую систему», считая, что при реализации функции необходима «увязка во времени, скоростях, в ритмах действия» пространственно различных групп нервных элементов, функционально объединенных в «динамическую систему» (Ухтомский, 1962).

Идеи И. П. Павлова и А. А. Ухтомского о динамической локализации (или мозговой организации) функций получили подтверждение и в работах Н. П. Бехтеревой и ее коллектива (Бехтерева, 1971, 1980; Бехтерева, Бундзен, 1974). Эти исследования, проведенные методом регистрации импульсной нейронной активности различных глубоких структур головного мозга, показали, что любая сложная психическая деятельность (запоминание слов, решение задач и т. п.) обеспечивается работой сложных констелляций мозговых зон, составляющих звенья единой системы. Некоторые из этих звеньев являются «жесткими», т. е. принимают постоянное участие в реализации психической функции, другие — «гибкими», которые включаются в работу лишь при определенных условиях. «Гибкие» звенья системы составляют тот подвижный динамический аппарат, благодаря которому достигается изменчивость функции.

В нейропсихологии принцип динамической мозговой организации высших психических функций получил разнообразное подтверждение и вошел как важнейший в теорию системной динамической локализации функций.

Перечисленные выше принципы являются общими для локализации и психических и физиологических функций. Именно поэтому А. Р. Лурия для аргументации положений теории локализации функций привлекал анатомические и физиологические данные, полученные на животных.

Однако высшие психические функции человека обладают не только большей сложностью по сравнению с психическими функциями животных и тем более с физиологическими функциями, они характеризуются качественным отличием — осознанностью, опосредованностью речью, произвольным способом управления; они формируются под влиянием социальных факторов прижизненно. Эти качественные отличия высших психических функций от более элементарных психических функций животных и физиологических функций проявляются и в особенностях их мозговой организации. Еще Л. С. Выготский писал о том, что сравнительное изучение локальных мозговых поражений в детском и взрослом возрасте обнаруживает различные нарушения высших психических функций при одних и тех же поражениях и что эти факты могут трактоваться лишь как следствие различий в мозговой организации высших психических функций у ребенка и взрослого (Выготский, 1934). В современной нейропсихологии накоплено большое количество данных о специфике нарушений психических функций и нейропсихологических синдромов в целом у детей по сравнению со взрослыми (Симерницкая, 1985). Эти данные подтверждают справедливость представлений Л. С. Выготского и А. Р. Лурия о хроногенном принципе локализации высших психических функций человека. Формируясь прижизненно, под влиянием социальных воздействий, высшие психические функции человека меняют свою психологическую структуру и соответственно свою мозговую организацию. Наиболее демонстративно это проявляется на примере речевых функций. Если у взрослого грамотного человека (правши) корковые поля средних отделов левого полушария играют ведущую роль в мозговом обеспечении речевых процессов, то у детей, не владеющих грамотой (до 5-6 лет), речевые процессы (понимание устной речи и активная речь) обеспечиваются мозговыми структурами и левого, и правого полушарий. Поражение корковых «речевых зон» левого полушария не ведет у них к выраженным речевым расстройствам (Симерницкая, 1985). Таким образом, принцип динамической локализации функции у человека конкретизируется и в виде хроногенной локализации, т. е. в изменении мозговой организации высших психических функций в онтогенезе.

Мозг человека характеризуется четко выраженной межполушарной асимметрией. Межполушарную асимметрию можно рассматривать в качестве важнейшей фундаментальной закономерности работы мозга человека. Хотя межполушарная асимметрия не является уникальной особенностью мозга человека, как это предполагалось раньше, а присуща и мозгу животных (Бианки, 1973, 1980), однако у человека она достигает максимального развития. Между человеком и животными (даже высшими приматами) в этом отношении существует не только количественное, но и качественное различие. Межполушарная асимметрия, проявляясь в моторных и сенсорных функциях, наиболее отчетлива в высших психических функциях.

Межполушарные различия в мозговой организации высших психических функций многократно описаны в клинической и нейропсихологической литературе как различия симптомов и синдромов, связанных с поражением симметричных отделов больших полушарий. С позиций теории системной динамической локализации функций эти различия можно обозначить как принцип различной локализации (или мозговой организации) всех высших психических функций в левом и правом полушариях мозга, или принцип латеральной специализации мозговой организации психических функций. Изучение конкретной мозговой организации каждой из высших психических функций (у детей и взрослых) в значительной степени является делом будущего, так же как и изучение качественных различий мозговой организации психических процессов, свойственных левому и правому полушарию. Однако современный уровень знаний о межполушарной асимметрии мозга, накопленный и в нейропсихологии, и в других областях науки о человеке (физиологии, анатомии, неврологии и др.), убеждает в бесспорном значении данного принципа для понимания общих закономерностей локализации высших психических функций у человека.

Возможно, этот принцип справедлив и для мозговой организации определенных психических функций у животных, как об этом пишут некоторые авторы (Бианки, 1975 и др.), однако у человека он приобретает универсальное значение, характеризуя мозговую организацию любой психической функции. И значение этого принципа в онтогенезе, по-видимому, возрастает.

Человеческий мозг характеризуется мощным развитием лобных долей мозга. По площади, занимаемой корой лобных долей мозга, человек превосходит всех остальных представителей животного мира. «Лобный мозг» у человека претерпевает огромное развитие в онтогенезе и окончательно формируется лишь к 12-14 годам (Кононова, 1935, и др.). Являясь мозговым субстратом произвольных, сложнопрограммируемых форм поведения, «лобный мозг» постепенно, по мере созревания включается в реализацию всех высших психических функций человека как одно из важнейших звеньев функциональных систем.

О прогрессирующем участии передних отделов мозга в осуществлении гностических, мнестических и интеллектуальных функций свидетельствуют, в частности, ЭЭГ-данные, полученные методом пространственной синхронизации потенциалов у детей разных возрастов (Хризман, 1978), а также материалы сравнительных клинических наблюдений за результатами поражения лобных долей мозга у детей и взрослых (Симерницкая, 1978, 1985). Безусловное участие лобных долей мозга в мозговой организации всех высших психических функций (т. е. сознательных, социально-детерминированных, опосредованных речью произвольно управляемых форм психической деятельности) доказано многочисленными исследованиями результатов поражения лобных долей мозга (особенно левой лобной доли) у взрослых больных (Лурия, 1969, 1973 и др.). Решающее значение среди этих исследований имеют работы А. Р. Лурия (Лурия, 1966, 1969, 1973) и его учеников (Хомская, Лурия, 1977, 1982; Хомская, 1972).

С позиций теории системной динамической локализации высших психических функций человека эту закономерность можно сформулировать как принцип обязательного участия лобных конвексительных префронтальных отделов коры больших полушарий в мозговом обеспечении высших психических функций. Этот принцип специфичен для мозговой организации всех сознательных форм психической деятельности человека.

Итак, согласно теории системной динамической локализации высших психических функций человека, каждая высшая психическая функция обеспечивается мозгом как целым, од-

нако это целое состоит из высокодифференцированных разделов (систем, зон), каждый из которых вносит свой вклад в реализацию функции. Непосредственно с мозговыми структурами следует соотносить не всю психическую функцию и даже не отдельные ее звенья, а те физиологические процессы (факторы), которые осуществляются в соответствующих мозговых структурах. Нарушение этих физиологических процессов (факторов) ведет к появлению первичных дефектов, а также взаимосвязанных с ними вторичных дефектов (первичных и вторичных нейропсихологических симптомов), составляющих в целом закономерное сочетание нарушений высших психических функций — определенный нейропсихологический синдром.

Теория системной динамической локализации высших психических функций, разработанная Л. С. Выготским и А. Р. Лурия, составляет центральный раздел в понятийном аппарате советской нейропсихологии. Она обладает большой эвристической ценностью, позволяя не только объяснять разнообразную клиническую феноменологию, но и предсказывать новые факты и планировать новые исследования. Вместе с тем, безусловно, эта теория — лишь один из этапов в решении сложнейшей проблемы мозгового субстрата психических процессов — проблемы, изучением которой занимается почти все современное естествознание.

Хомская Е. Д.

ПРОБЛЕМА ФАКТОРОВ В НЕЙРОПСИХОЛОГИИ¹

Понятие «фактор» впервые было введено в нейропсихологию А. Р. Лурия в 1947-1948 гг. в работах «Травматическая афазия» (1947) и «Восстановление функций после военной

Статья из сборника: Нейропсихологический анализ межполушарной асимметрии мозга/Под ред. Е. Д. Хомской. — М.: Наука, 1986. — С. 23-33.

травмы» (1948) и с тех пор составляет необходимый компонент понятийного аппарата нейропсихологии.

Понятие «фактор» имеет принципиальное значение для всей теоретической концепции нейропсихологии, разработанной А. Р. Лурия. С его помощью А. Р. Лурия сумел преодолеть то «непосредственное наложение психологических понятий на морфологическую канву», которое, по мнению И. П. Павлова, и составляет основную ошибку психоморфологизма.

Под фактором А. Р. Лурия понимал «собственную функцию» той или иной мозговой структуры, определенный принцип, способ (*modus operandi*) (Лурия, 1948, 1969 и др.) ее работы. Каждая зона мозга, участвующая в обеспечении функциональной системы, лежащей в основе высшей психической функции, ответственна за определенный фактор; его устранение (или патологическое изменение) приводит к нарушению работы соответствующей функциональной системы в целом. А. Р. Лурия ввел в нейропсихологию различие «первичного дефекта» и «вторичных следствий» этого дефекта.

Под первичным дефектом понимается нарушение собственной функции данной структуры мозга как следствие выпадения (ослабления) фактора, связанного с этой мозговой структурой (например, нарушение звукового анализа и синтеза при поражении височных отделов коры больших полушарий); под вторичным дефектом — системное влияние этого нарушения на всю функциональную систему в целом (например, речевую) или на несколько функциональных систем сразу, поскольку различные функциональные системы имеют общие звенья. Выпадение (или патологическое изменение) работы такого звена ведет к появлению целого комплекса взаимосвязанных нарушений высших психических функций — нейропсихологическому синдрому.

Поражение той или иной мозговой структуры может проявляться либо в полном выпадении ее собственной функции, либо (чаще) — в симптомах угнетения или раздражения данного участка мозга. Патологическое состояние различных участков мозга проявляется прежде всего в изменении физиологических закономерностей работы этой структуры, т. е. в изменениях нервных процессов в виде ослабления их

силы, нарушения подвижности, уравновешенности, нарушения сложных форм внутреннего торможения, ослабления следовой деятельности, нарушения аналитических или синтетических форм деятельности и т. д. Эти нарушения нейродинамики, возникающие при поражении того или иного участка мозга, т. е. нарушения определенных факторов, и являются непосредственной причиной распада той или иной высшей психической функции (Лурия, 1947, 1948, 1969, 1970, 1973 и др.).

Таким образом, именно фактор, т. е. определенные физиологические закономерности, следует непосредственно соотносить с мозговым субстратом, а не психологический процесс как таковой, каким бы простым он ни казался. С помощью понятия «фактор» А. Р. Лурия ввел физиологические закономерности в общий понятийный аппарат нейропсихологии (Лурия, 1978).

Анализ нарушений высших психических функций, обозначенный А. Р. Лурия как «синдромный анализ» (т. е. изучение не отдельных нарушений психических функций, а их сочетаний, их закономерных объединений в единый синдром), предполагает прежде всего поиск первичной основы синдрома — фактора (или факторов), определяющего весь характер синдрома. Это изучение нейропсихологических синдромов через факторы, ответственные за различные звенья функциональных систем, лежащих в основе высших психических функций, А. Р. Лурия называл также «факторным» или «факториальным» анализом (Лурия, Артемьева, 1970).

Изучение факторов и их роли в нейропсихологических синдромах А. Р. Лурия и его сотрудниками проводилось преимущественно на материале локальных поражений левого полушария головного мозга. Этот этап развития нейропсихологии занял приблизительно 45-50 лет, с момента возникновения отечественной нейропсихологии (в начале 30-х гг.) и до середины 70-х гг.

В последние годы в связи с дальнейшим развитием нейропсихологии, а именно в связи с продолжающейся ее дифференциацией на различные направления (клиническую, экспериментальную, реабилитационную, психофизиологическую, нейропсихологию детского возраста), расширением нейропсихологической проблематики (в частности, интенсив-

ным изучением проблемы межполушарной асимметрии мозга и др.), введением новых методов нейропсихологического исследования (клинических, аппаратных, математических), проблема факторов получила свое дальнейшее развитие.

Один из важнейших вопросов данной проблемы — это вопрос о классификации факторов, до сих пор в нейропсихологии не ставившийся.

Анализ нейропсихологических данных, полученных на различном клиническом материале, позволяет выделить следующие типы факторов.

1) *Модально-специфические факторы.* Данные факторы связаны с работой специфических анализаторных систем: зрительной, слуховой, кожно-кинестетической, двигательной. Эти факторы изучались (и продолжают изучаться) в нейропсихологии в первую очередь. Именно они послужили основой для формирования самого понятия «фактор».

В качестве морфологического субстрата в этих случаях выступают прежде всего вторичные поля коры больших полушарий вместе с их корково-корковыми и корково-подкорковыми связями. Нарушение функций вторичных полей коры больших полушарий может быть следствием как непосредственных корковых поражений, так и связанных с ними подкорковых образований.

Модально-специфические нарушения в зрительной, слуховой, кожно-кинестетической и двигательной сферах могут проявляться в виде различных гностических дефектов (разные формы зрительных, слуховых и тактильных агнозий, разные формы апраксий, сенсорные и моторные нарушения речи — первичные дефекты) и в виде различных модально-специфических мнестических нарушений (нарушения зрительной, слуховой, тактильной, двигательной памяти). Нарушения модально-специфических факторов лежат в основе целого ряда хорошо изученных нейропсихологических синдромов: поражения затылочных, теменно-затылочных, височных, височно-затылочных, теменных, премоторных отделов левого и правого полушарий мозга.

Описанию этих синдромов посвящены многие нейропсихологические работы, и прежде всего монография А. Р. Лурия

«Высшие корковые функции и их нарушения при локальных поражениях мозга» (1969). В настоящее время изучение этих факторов продолжается, в частности большое внимание уделяется «пространственному фактору» и его роли в происхождении различных нейропсихологических симптомов (Гаго-шидзе, 1984; Корчажинская, Попова, 1977; Московичютеидр., 1978; Симерницкая, 1978; Ченцов, 1980, 1983). Выясняется специфика действия данных факторов в зависимости от стороны поражения.

2) *Модальио-неспецифические факторы*, связанные с работой неспецифических срединных структур мозга. Они включают целую группу факторов, связанных с разными уровнями и разделами неспецифической системы. К их числу относится «фактор подвижности—инертности» нервных процессов, лежащий в основе синдромов поражения передних (премотор-ных, премоторно-префронтальных) отделов головного мозга (Лурия, 1969), нарушение которого обуславливает разного рода персеверации в двигательной, гностической и интеллектуальной сферах, описанные в нейропсихологии (Лурия, 1966, 1969; Лурия, Хомская, 1962 и др.). К ним относится и «фактор активации—деактивации», связанный с работой медиальных отделов лобных долей мозга (Хомская, 1972, 1976 и др.), нарушение которого ведет к различным симптомам нарушения произвольного внимания и селективного, избирательного протекания психических процессов (Лурия, 1969, 1973; Филип-пычева, 1977; Филиппычева и др, 1982; Хомская, Лурия, 1982; Хомская, 1969, 1972 и др.).

Изучение этого вида факторов в настоящее время проводится и в плане дифференциации понятий «инертность», «инак-тивность» и «аспонтанность» (Корчажинская и др., 1980; Кузьмина, Владимиров, 1982 и др.), где под «инертностью» понимается нарушение

переключения с одного вида деятельности на другой, «инактивность» рассматривается как увеличение латентных периодов какой-либо деятельности, а «аспонтанность» трактуется как поведенческая категория, как нарушение программируемого целенаправленного поведения или как внутренняя бездеятельность больного (Кузьмина, Владимиров, 1982).

Явления аспонтанности, инактивности и инертности могут проявляться в различных видах познавательной деятельности, в частности в зрительно-гностической, отражаясь на работе глазодвигательной системы. Высказывается предположение о связи данных факторов с различными разделами неспецифических активационных механизмов, поскольку для поражения медиальных отделов лобных долей мозга характерны различные симптомы аспонтанности в зрительно-гностической деятельности, а для поражения медиальных отделов теменно-затылочных областей мозга — снижение уровня активности (Владимиров, Кузьмина, 1985). Наличие разных активационных систем признается, как известно, многими авторами (Адрианов, 1976; Бехтерева, 1971; Хомская, 1972).

Нарушения этого типа факторов лежат в основе не структурных, а динамических расстройств различных психических функций.

3) *Факторы, связанные с работой ассоциативных* (третичных) областей коры больших полушарий. Данные факторы отражают процессы взаимодействия разных анализаторных систем и процессы переработки уже преобразованной в коре информации. Третичные поля, составляющие свыше половины всей площади коры больших полушарий, подразделяются на несколько комплексов: передний конвекситальный префронтальный и задние — верхний и нижний теменные и височно-теменно-затылочный (зона ТРО). Поражение двух основных комплексов третичных полей — конвекситального префронтального и зоны ТРО, известных как «немые зоны» в классической неврологии, — сопровождается богатой нейро-психологической симптоматикой и хорошо описано в нейро-психологической литературе. При этом страдают наиболее сложные формы психической деятельности (Лурия, 1966, 1970, и др.). Характеризуя лежащие в основе подобных синдромов факторы, А. Р. Лурия говорил о первом из них как о «факторе программирования и контроля» за различными видами психической деятельности, а о втором — как о факторе «симультанной («квазипространственной») Организации психической деятельности» (Лурия, 1969, 1973, 1982 и др.).

Действие этих факторов проявляется в самых различных видах психической деятельности. Так, при поражении третичных полей лобных долей мозга нарушения программирования и контроля наблюдаются как в элементарных двигательных и сенсорных процессах, так и в сложных формах перцептивной, мнестической и интеллектуальной деятельности (Лурия, 1963, 1973; Хомская, Лурия, 1982). При поражении третичных полей, расположенных в зоне ТРО, нарушения симультанного анализа и синтеза проявляются в самых различных операциях, начиная от наглядно-образных и кончая вербально-логическими (Лурия, 1969, 1971, 1973, 1974, 1975 и др.).

В настоящее время изучение этих факторов ведется на различном клиническом материале (сосудистом, травматическом, опухолевом); уточняются особенности указанных нейропсихологических синдромов, определяемые характером заболевания; выясняются их латеральные особенности (Гребенникова, 1985; Московичюте, 1975, 1978; Филиппычева, Фаллер, 1978; Филиппычева, Куклина, 1974; Филиппычева и др., 1982 и др.).

4) *Полушарные факторы*, или факторы, связанные с работой левого и правого полушарий как целого.

Изучение полушарных факторов с современных нейропсихологических позиций началось сравнительно недавно, хотя А. Р. Лурия считал, что «вопрос о совместной роли левого и правого полушарий мозга является в настоящее время едва ли не наиболее дискутируемым в нейропсихологии» (Лурия, 1978). Полушарные факторы принадлежат к числу интегративных по своему характеру. В отличие от перечисленных выше относительно региональных факторов, действие которых имеет относительно частный характер, полушарные факторы характеризуют работу целого полушария. Возможность подобных полушарных интегративных принципов работы мозга в настоящее время можно считать доказанной различными методами — и не только в нейропсихологии. К числу подобных доказательств относятся данные, полученные Р. Сперри и М. Газзанигой на людях с «расщепленным мозгом» (1974), факты о функциональной асимметрии мозга у животных (Бианки, 1975, 1978, 1980 и др.), результаты исследования ЭЭГ-показателей левого и правого полушарий у близнецов (Равич-Щербо, Мешкова, 1978 и др.) и многие другие.

Таким образом, функциональная неоднородность левого и правого полушарий в настоящее время не подвергается сомнению. Более того, ряд авторов указывает на то, что она имеет и анатомические основания (Адрианов, 1977, 1978, 1980 и др.).

Изучение межполушарных различий имеет уже длинную историю. В настоящее время на смену представлениям об абсолютной доминантности левого полушария (у правшей) по отношению к речевым функциям и другим психическим процессам, связанным с речью, приходят представления о функциональной специализации полушарий, об участии обеих ге-мисфер в обеспечении и речевых, и всех других высших психических функций, однако это участие имеет специфический характер (Балонов, Деглин, 1976; Бехтерева, 1971; Лурия, 1969, 1973, 1978; Симерницкая, 1978, 1985 и др.).

В современной литературе высказываются самые различные точки зрения относительно особенностей (или стратегий) работы левого и правого полушарий. Все они характеризуют не тип поступающей в полушарие информации, а способ ее переработки. Эти принципы, или стратегии работы полушарий, могут рассматриваться как полушарные факторы, характеризующие деятельность полушария как целого. К ним относятся следующие факторы.

а) Факторы, связанные с абстрактными, категориальными (вербально-логическими) и конкретными (наглядно-образными) способами переработки информации. Абстрактно-логическая и конкретная, или вербально-невербальная дихотомия, как известно, хорошо изучена в общей психологии, а именно в психологии восприятия, памяти, мышления. Эти два типа кодирования и переработки информации в современной психологии трактуются как две независимо функционирующие системы.

Клинические нейропсихологические данные подтверждают самостоятельный характер этих двух основных способов обработки информации. После открытий П. Брока (1861) и К. Вернике (1874) речевые функции связывают с левым полушарием головного мозга. Позже клинические наблюдения показали, что левое полушарие играет ведущую роль в осуществлении не только речевых, но и других связанных с речью

функций (Бехтерев, 1907; Саркисов, 1940; Филимонов, 1940, 1974 и др.). Таким образом, первоначальная концепция неравнозначности больших полушарий развивалась главным образом в русле афазиологии. Преимущественное участие правого полушария в анализе невербальной наглядно-образной информации было установлено экспериментально в исследованиях М. Газзаниги с соавторами (1968, 1978), Р. Сперри (1968) и ряда других авторов на комиссуротомированных больных, А. Р. Лурия (1969), Х. Экаэном (1969) — на больных с локальными поражениями мозга, Ф. Лермиттом (1975) и С. В. Ба-бенковой (1971) — на сосудистых больных и целым рядом авторов -- на здоровых испытуемых (Иванова, 1978; Кок, 1967; White, 1969, 1972).

Важно отметить, что с позиций современной нейропсихологии противопоставление специализации полушарий проводится не по функциям (речевые—неречевые), а по типу обработки информации. И в речевых операциях присутствует наглядно-образный компонент («чувственная ткань» языка, интонационные компоненты речи и др.), так же как и в наглядно-образных возможно участие вербально-логической системы (речевая инструкция, проговаривание условий задачи и т. д.), в связи с чем целесообразно выделять полушарные факторы, а не свойственные якобы полушариям психические функции.

б) Факторы произвольной (непроизвольной) регуляции психической деятельности.

Как известно, каждая высшая психическая функция имеет уровневую организацию. Идея уровней была высказана еще Дж. Джексоном в конце прошлого столетия и в настоящее время является общепризнанным положением и в физиологии (Бернштейн, 1947; Бехтерева, 1971; Костандов, 1983), и в психологии (Ломов, 1975; Лурия, 1973, и др.). Наиболее четко выделены

уровни произвольной и непроизвольной регуляции функций. Первый можно обозначить как уровень намеренного управления функций, в котором решающую роль играет речевая система, как возможность планирования и контроля, активного начала и прекращения, изменения темпа осуществления функции; второй — как уровень неосознанного автоматизированного управления, в котором речь или не принимает

участия, или участвует лишь на первых стадиях формирования функции. Клинические, экспериментально-психологические и психофизиологические данные указывают на то, что произвольный уровень регуляции высших психических функций связан по преимуществу с работой левого полушария (у правшей), а непроизвольный, автоматизированный — с работой правого полушария.

Нейropsychологические исследования, выполненные А. Р. Лурия и его сотрудниками (Хомская, Лурия, 1982), показали, что произвольная («речевая») регуляция движений и действий страдает главным образом при поражениях передних отделов левого полушария. У таких больных возникают элементарные или системные двигательные персеверации, отражающие нарушения произвольного контроля за отдельными элементами движения или всей двигательной программой в целом. Действие этого фактора в двигательной сфере является основой мануальной асимметрии (ведущей правой руки у правши).

Произвольное запоминание и воспроизведение вербального и невербального материала нарушается преимущественно при поражении различных структур левого полушария (Корсакова, Микадзе, 1982; Корсакова и др., 1979; Симерницкая, 1975, 1978).

Произвольная регуляция временных характеристик интеллектуальной деятельности в виде замедленности интеллектуальных операций, трудностей произвольного ускорения темпа выполнения задания, переключения с одного задания на другое наблюдается преимущественно у больных с поражениями левого полушария, не страдающих афазическими расстройствами (Хомская, 1982). Произвольная регуляция эмоциональных состояний реализуется преимущественно передними отделами левого полушария мозга (Квасовец, 1980, 1982).

Поражение правого полушария головного мозга в большей степени связано с осуществлением автоматизированных, непроизвольно регулируемых функций, в частности автоматизированного письма (Лурия, Симерницкая, 1975; Симерницкая, 1978 и др.).

Таким образом, произвольный контроль за осуществлением различных двигательных актов, познавательных процессов и

эмоциональных состояний в большей степени связан со структурами левого полушария, а произвольное управление — со структурами правого полушария мозга.

в) Фактор осознанности (неосознанности) психических функций и состояний.

Осознанность психической деятельности, понимаемая как способность субъекта дать отчет о собственном психическом процессе или состоянии, по-разному реализуется структурами левого и правого полушарий. Осознанность психических функций следует, по-видимому, понимать как определенный аспект психической деятельности, тесно связанный с речевой системой, так как осознание, или включение в семантические категории, требует участия языковых семантических конструкций и операций.

Как показали многочисленные наблюдения, в том числе и выполненные А. Р. Лурия (1969, 1973), поражения правого полушария значительно чаще, чем поражения левого, сопровождаются «нарушением непосредственного осознания человеком своего дефекта» (Лурия, 1978). Данный симптом, известный в клинике под названием «анозогнозии», может распространяться на зрительные расстройства (вплоть до слепоты или «фиксированной» гемианопсии), на двигательные нарушения (вплоть до гемиплегии), на расстройства чувствительности (включая неощущение боли). Во всех случаях больные недооценивают (или полностью отрицают) левосторонние нарушения чувствительной и двигательной сферы. Другим проявлением нарушения осознания собственных дефектов у правополушарных больных являются симптомы игнорирования левой половины тела и левой части зрительного и слухового пространства («аутоагнозия»). В наиболее тяжелых случаях — на фоне делириозных и галлюцинаторных расстройств сознания — у больных возникает чувство отсутствия левой половины тела (или только руки, ноги, пальцев). Обычно все эти симптомы входят в клиническую картину нарушений схемы тела, включающей помимо описанных также и ряд других симптомов (нарушения узнавания позы и др.) (Бабенкова, 1971; Брагина, Доброхотова, 1981; Лебединский, 1940, 1941; Teuber, 1962 и др.).

Нарушения осознания собственных дефектов при левосторонних поражениях мозга встречаются значительно реже. Некоторое сходство с анозогнозией имеется у больных с поражением лобных отделов мозга, которым свойственно снижение критики к собственному состоянию (Лурия, 1966, 1982; Хомская, Лурия, 1982). Однако эти нарушения — иные по своей структуре. Большая осознанность собственных дефектов у левосторонних больных по сравнению с правосторонними характеризует и больных с афазическими расстройствами (Лурия, 1969; Несаеп, 1969).

Все эти данные свидетельствуют о различной роли левого и правого полушарий головного мозга в осознании внешнего (воспринимаемого экстерорецепторами) и внутреннего (воспринимаемого интерорецепторами) мира.

г) Фактор сукцессивности (симультанности) в организации высших психических функций.

Сукцессивность, понимаемая как последовательная, развернутая во времени организация психического процесса, подчиняющаяся определенной программе, в большей степени связана с работой левого полушария головного мозга (у правшей). Симультаный принцип функционирования или организации психической деятельности преимущественно представлен в правом полушарии,

Преимущественное отношение левого полушария к динамическим, временным аспектам психической деятельности установлено различными авторами (Кок, 1967; Лурия, 1969; Хомская, 1972). Больным с левосторонними поражениями мозга в большей степени свойственны симптомы адинамии как в поведении, так и в различных психических функциях в виде замедленности протекания интеллектуальной деятельности (Лурия, Хомская, 1962, и др.), снижения глазодвигательной активности при решении различных гностических задач (Владимиров, Лурия, 1977; Владимиров, Кузьмина, 1985), бедности и повышении латентных периодов речевых ассоциативных ответов (Балонов, Деглин, 1976; Деглин, 1973; Witelson, 1977) и др.

Связь правого полушария с симультанной организацией психических функций показана клиническими и экспериментально-психологическими исследованиями (Кайро и др., 1982;

Кок, 1967,1975; White, 1972,1975). Нарушение возможности объединения различных признаков в единое целое (гештальт) и нарушение образов предметов (эталонов), хранящихся в памяти, проявляются у больных с поражением различных (преимущественно задних) структур правого полушария в виде фрагментарности восприятия, различных видов зрительных агнозий (симультанной, предметной и др.).

Правополушарные больные обнаруживают более грубые расстройства и в операциях, требующих мысленного манипулирования с трехмерными объектами, вследствие распада симультанного синтеза (Гагошидзе, 1984; Гальперин, 1957). Нарушение симультанной организации различной по модальности информации лежит, по-видимому, в основе разного рода пространственных расстройств, в том числе нарушений рисунка, характерных для правополушарных больных (Меерсон, 1982; Симерницкая, 1985).

Перечисленные факторы, по-видимому, не исчерпывают все те принципы или стратегии, которыми характеризуется функциональная специализация левого и правого полушарий. Можно, вероятно, выделить и другие дихотомические принципы их работы. Важно, однако, подчеркнуть, что полушарные факторы имеют более сложную природу, чем региональные, и отражают более высокий уровень интегративной работы мозга.

5) *Факторы межполушарного взаимодействия.* Данные факторы определяют процессы взаимосвязи и взаимодействия левого и правого полушарий, что обеспечивается структурами мозолистого тела и других срединных комиссур мозга.

Важность этого принципа (или принципов) функционирования мозга была продемонстрирована М. Газзанигой (Gazzaniga, 1974) и Р. Сперри (Sperry et al., 1969) на модели «расщепленного мозга». Было установлено, что при рассечении мозолистого тела нарушаются не только двигательные координационные акты, но и различные психические функции. При этом возникает своеобразный синдром «расщепленного мозга».

Исследование больных с «расщепленным мозгом» показало существование различных вариантов парциального нарушения взаимодействия полушарий вследствие поражения передних, средних и задних отделов мозолистого тела (Моско-

вичюте и др., 1982). Нарушение взаимодействия полушарий в клинике локальных поражений головного мозга может выражаться в виде патологической реципрокности полушарий, угнетения одного полушария другим (Балонов, Деглин, 1976).

Закономерности взаимодействия полушарий, свойственные взрослому человеку, являются продуктом длительного онтогенетического развития. Э. Г. Симерницкой на детях с локальными поражениями головного мозга (Симерницкая, 1985) было показано, что вследствие несформированности межполушарных взаимодействий нейропсихологические синдромы поражения срединных структур у детей протекают иначе.

Систематическое изучение этого вида факторов еще только начинается, однако их важность для понимания целостной работы мозга как субстрата психической деятельности очевидна.

б) *Общемозговые факторы*, связанные с действием различных общемозговых механизмов: кровообращением, ликворо-обращением, гуморальными, биохимическими процессами и т. д.

Общемозговые факторы влияют на общее функциональное состояние мозга как целого, изменяя протекание всех психических процессов и состояний (Лурия, 1969; Хомская, Лурия, 1982 и др.).

Общемозговые факторы могут действовать как изолированно, так и в сочетании с другими, более региональными факторами. В связи с этим в нейропсихологии возникла проблема дифференциации локальных и общемозговых симптомов, которая особенно актуальна при исследовании травматических поражений мозга и послеоперационных состояний (Гребенникова, 1985; Кроткова, 1978). Общемозговая нейропсихологическая симптоматика характеризуется, как известно, широким спектром симптомов, нарушением преимущественно динамических аспектов психических процессов, колебаниями в протекании различных функций. Эти изменения высших психических функций и составляют особый «общемозговой» синдром.

Изучение влияния общемозговых факторов на протекание высших психических функций имеет большое значение как для решения общих теоретических вопросов мозговой организации психической деятельности, так и для чисто практических

целей диагностики различных мозговых поражений (Хомская, Цветкова, 1979).

Помимо перечисленных, самостоятельное значение, по-видимому, имеют также факторы, связанные с работой глубинных структур головного мозга — стриопаллидума, миндалины, гиппокампа, таламических, гипоталамических образований и др. Успехи стереотаксической нейрохирургии открыли широкую возможность изучения роли этих структур в осуществлении высших психических функций. Работами Н. П. Бехтеревой и ее сотрудников (Бехтерева, 1971; Смирнов, 1976) показано участие различных глубинных структур в реализации сложных психических функций (мнестических, интеллектуальных) и эмоциональных состояний, что свидетельствует о справедливости концепции вертикальной организации мозговых структур, одни из которых выполняют роль «жестких», а другие — «гибких» звеньев мозгового обеспечения высших психических функций (Бехтерева, 1971 и др.). Однако синдромный анализ поражения различных глубинных структур, изучение их роли в происхождении целостных нейропсихологических синдромов — еще дело будущего. Безусловно, однако, что эффекты раздражения или разрушения некоторых глубинных образований имеют латеральный характер, отражаясь преимущественно на речевых (сенсорных, моторных) или на наглядно-образных функциях (Гагошидзе, 1984; Корсакова, Московичюте, 1985; Московичюте, Кадин, 1975). Следовательно, данные структуры можно рассматривать как обеспечивающие полушарные принципы работы мозга.

Все факторы, описанные в нейропсихологии, обладают рядом общих черт, а именно: их нарушение приводит к появлению целостного нейропсихологического синдрома, в котором нарушения различных психических функций имеют общее основание; данные факторы обладают определенной автономностью, независимостью, что означает, что факторы отражают работу определенных автономных систем, характеризующихся собственными системными закономерностями.

Разработка проблемы факторов в нейропсихологии неразрывно связана с дальнейшей разработкой концепции систем-Хамская Е. Д. Проблема факторов в нейропсихологии.

165

ной динамической организации высших психических функций, концепции функциональных систем применительно к высшим психическим функциям человека, с необходимостью ответить на два основных вопроса: чем отличаются функциональные системы, лежащие в основе осуществления высших психических функций у человека, от функциональных систем, обеспечивающих психические функции животных; в чем отличия функциональных систем, лежащих в основе различных психических функций (речевых, наглядно-образных и др.). Ответы на эти вопросы требуют прежде всего детального исследования проблемы факторов, изучения различных звеньев функциональных систем мозгового обеспечения психической деятельности.

В современной нейропсихологии различные факторы изучаются, главным образом, методом клинических наблюдений или методом синдромного нейропсихологического анализа (Московичюте, 1982; Филиппычева, Фаллер, 1978), Дальнейшее углубление этого подхода с помощью математических методов (методов корреляций, математического факторного анализа и др.) открывает новые возможности для изучения структуры нейропсихологических синдромов (Гребенникова, 1985 и др.).

Большие перспективы встают и перед психофизиологическими исследованиями проблемы факторов в нейропсихологии, перед изучением психофизиологических коррелятов нейропсихологических симптомов и синдромов, включая и те, которые возникают при поражении различных глубоких структур мозга (Артемьева и др., 1983; Владимиров, Кузьмина, 1985; Квасовец, **1980**; Хомская, **1972, 1978**).

Изучение функциональных систем, лежащих в основе высших психических функций, через факторы, ответственные за различные звенья этих систем, является важнейшим направлением исследования проблемы «мозг и психика», помогающим ответить на вопрос о том, каким образом из дифференцированных по способам функционирования мозговых образований складывается общая системная интегративная деятельность мозга как целого.

*Вассерман Л. К., Дорофеева С. А., Меерсон
Я. А.*

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О МОЗГОВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ И ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ¹

Фундаментальный вклад в нейрофизиологическое направление, изучающее проблему локализации функций головного мозга, внесло учение И. П. Павлова о сложной динамической организации мозговых структур, лежащих в основе психической деятельности. Локализация функций, по И. П. Павлову, есть «... формирование сложных и "динамических структур" или "комбинационных центров", которые состоят из "мозаики" далеко отстоящих пунктов нервной системы, объединенных в общей работе» (Павлов И. П. Поли. собр. тр.: Т. 3. — 1940. — С. 253.). Это учение, преодолевающее как узкий локализационизм и психоморфологизм, так и антилокализационизм, провозглашающий эквипотенциальность всех частей и структур мозга, было в последующем развито в работах физиологов П. К. Анохина (1940, 1971) и Н. А. Бернштейна (1947, 1966). «Функция», как это понимал П. К. Анохин (занимавшийся изучением функции дыхания и др.), по существу является функциональной системой, направленной на осуществление известной биологической задачи и обеспечиваемой целым комплексом взаимно связанных актов, которые в итоге приводят к достижению соответствующего биологического эффекта. Наиболее существенные черты таких функциональных систем состоят в том, что они опираются на сложную динамическую

конstellляцию отдельных звеньев, расположенных на различных уровнях нервной системы, и что эти звенья, принимающие участие в осуществлении той или иной приспособительной за-

¹ Фрагмент из книги авторов: Методы нейропсихологической диагностики. - СПб.: Стройлеспечать, 1997. - С. 23-33.

дачи, могут меняться, в то время как сама задача — оставаться неизменной.

Таким образом, развитие нейрофизиологии, обогащение ее принципами, впоследствии сформулированными в общей теории систем, позволило пересмотреть ее изначальное («локализационистское») понимание как деятельности отдельных мозговых структур, или популяции нейронов. Функциональные системы — весьма сложные и пластичные морфо-функциональные образования, они многомерны, имеют различные уровни взаимодействия между своими элементами и подчиняются принципам иерархичности (Ломов, 1984). Функциональные системы, составленные из высокодифференцированных комплексов взаимозаменяемых элементов, изменяют и само понятие «локализация» в центральной нервной системе. Говоря о локализации функций, И. Н. Филимонов отмечал, что следует говорить о «поэтапной локализации функций», о многозначности понятия «локализация».

Таким образом, когда говорится о локализации функций, имеется в виду прежде всего системная деятельность мозга, определяющая пути движения и места взаимодействия нервных процессов, лежащих в основе той или иной функции. В этом смысле психические функции приурочены к мозговым структурам, но в то же время одни и те же мозговые центры могут входить в различные «рабочие» конstellляции, а одна и та же функция в разных условиях реализуется по-иному и опирается на разные по локализации мозговые механизмы.

Работы П. К. Анохина по теории функциональных систем, роли «обратных афферентаций», «афферентных синтезов» в многоуровневой организации психических функций, начатые еще в 30-х гг., получили в настоящее время широкое распространение в нейрофизиологии, нейропсихологии и смежных науках во многих странах мира. Так, Н. А. Бернштейн (1966) на примере анализа произвольного двигательного акта убедительно доказал, что движение, в противовес существовавшим взглядам, не является функцией специальной группы клеток моторной коры, а происходит в результате сложного объединения различных анатомических образований на субкортикальном и кортикальном уровнях и не только эфферентной,

но и афферентной системами. Исходя из этого, любое произвольное движение должно рассматриваться как результат многоуровневого, координированного сенсомоторного взаимодействия. Бесспорно, что высшие формы психической деятельности (речь, узнавание, целенаправленные действия и т. п.) имеют еще более сложную организацию и опираются на систему совместно работающих зон головного мозга и в первую очередь коры полушарий. Очевидно также, что каждая зона вносит свой специфический вклад в реализацию психической функции.

Положения теории функциональных систем П. К. Анохина широко использовались А. Р. Лурия (1969) при изучении патофизиологических механизмов афазий и апраксий и впоследствии легли в основу теории мозговой организации ВПФ.

Основоположником учения о высших психических функциях человека по праву считается Л. С. Выготский, начавший еще в конце 20-х гг. изучать специфику развития ВПФ в онтогенезе. Им было показано, что развитие ВПФ во многом опосредовано взаимодействием ребенка со взрослыми, и именно этот фактор является определяющим в формировании его адаптивного поведения (Выготский, 1956, 1983). Эти первые работы послужили началом фундаментальных исследований общественно-исторической природы ВПФ, которые были завершены А. Н. Леонтьевым (1972). В тот же период были начаты совместные работы Л. С. Выготского и А. Р. Лурия по изучению роли различных мозговых структур в осуществлении ВПФ. И хотя само понятие ВПФ еще не было теоретически очерчено и нейрофизиологически обосновано, прозорливость большого ученого позволила Л. С. Выготскому еще в начале 30-х гг. говорить об их системной организации, о том, что проблема мозговой организации психических процессов должна разрабатываться с позиций сложных межфункциональных связей (Выготский,

1956, 1983).

Высшие функции мозга, как подчеркивается его последователями и соратниками — А. Р. Лурия (1969, 1973) и А. Н. Леонтьевым (1972), — формируются в процессе длительного социально-исторического развития (в процессе эволюции предметной деятельности человека), являются сложными, опосредованными

по своему строению, сознательными и произвольными по способу деятельности. Представление о «системной локализации функций» позволило лучше понять механизмы нарушений психических процессов, возникающих при очаговых поражениях мозга, что убедительно доказал в своих фундаментальных работах А. Р. Лурия. Действительно, нейропсихологическая практика показывает, что при дезинтеграции отдельного звена функциональной системы может страдать вся деятельность в целом, но выпадение той или иной функции еще не дает основания судить о ее локализации, и поиск «центров» чтения, письма, счета и т. д. представляется неправомерным. Для того чтобы перейти от симптома к локализации функции, необходим детальный психологический анализ структуры расстройства с выделением основной причины распада функциональной системы. Это оказывается возможным только при нейропсихологической «квалификации» симптомов нарушения высших психических функций. Понятия «локализация очага» и «локализация функций», следовательно, не являются однозначными, и судить о мозговой организации функциональной системы на основании данных очагового поражения мозга следует исходя из структурного анализа совокупности взаимосвязанных и взаимодействующих друг с другом симптомов (Лурия, 1973). В связи с этим автор считал принципиально важным неоднократно подчеркивать, что для правильного понимания симптома необходим его качественный анализ, дающий возможность изучить структуру дефекта и выделить тот фактор (или «первичный дефект», по А. Р. Лурия), который привел к возникновению того или иного симптома. О роли «фактора» в нейропсихологической диагностике неоднократно упоминается в работах учеников А. Р. Лурия (Хомская, 1986, 1987; Симерницкая, 1985, 1995). Очевидно, что речь идет об особенностях «технологии» нейропсихологического заключения, необходимости различать «внешние» проявления дефектов (которые могут быть сходными при действии различных патологических факторов) и «глубинные», обусловленные первичным дефектом и его вторичными, системными последствиями. Такая «технология» принятия то-пико-диагностического решения основывается на качествен-

ном анализе структуры синдрома. При этом А. Р. Лурия, зная работы Спирмена по факторному анализу, предполагал, что с этих позиций можно подходить и к анализу ВПФ, но только одного испытуемого. На новом этапе развития нейропсихологической диагностики, с учетом стандартизации исследования и оценивания его результатов, становится возможным использовать факторный анализ, последовательную статистическую процедуру и другие виды многомерной статистики для решения конкретных исследовательских задач.

Опыт нейропсихологической диагностики показывает, что при нарушении функции симптом может быть частично или полностью защищен за счет деятельности других областей мозга, участвующих в рабочей констелляции, что повышает надежность работы мозга (Тонконогий, 1973; Трауготт, 1981). Но какова все же роль отдельных мозговых структур или функциональных единиц в сложной многоэтапной иерархии функциональной системы? Наряду с понятием «локализация функций» возникло понятие «локализация операций», которое пришло в нейропсихологию из теории информации и распознавания образов (Тонконогий, 1973). Под операциями понимается ряд действий, необходимых для реализации той или иной функциональной системы, таких как выделение сигнала из шума (фильтрация сообщений), оперативная память, принятие решения и др. Можно допустить, что именно операции являются теми дискретными категориями, по Н. А. Бернштейну, которые «...могут быть в действительности локализованы отображены в центрах мозга». Как уже говорилось, синтез современной нейропсихологии с теорией информации и распознавания образов обогатил представления о мозге как о системе, воспринимающей, хранящей и перерабатывающей информацию, где операции реализуют отдельные «звенья» или «этапы» в

сложной организации памяти, узнавания, действия и т. д. Такие представления существенно обогатили и углубили теорию нейропсихологии, ее принципиальные положения о мозговых механизмах психической деятельности, способствовали разработке принципиально новых методов исследования в клинике органических поражений мозга.

При решении задач нейропсихологической диагностики, исходя из обозначенных выше принципов системной органи-

зации ВГ1Ф, следует учитывать, что все психические процессы совершаются на разных уровнях интеграции и что нарушения высокодифференцированной системной деятельности мозга при локальных поражениях могут быть обусловлены не только за счет пораженного полушария, но и в результате изменения межполушарного взаимодействия, влияния одностороннего очага на деятельность интактного полушария, изменения взаимодействия так называемых специфических функций отдельных корковых зон и неспецифических активирующих образований ствола мозга и ретикулярной формации (Лурия, 1978; Бехтерева, 1980; Мучник и др., 1981; Трауготт, 1981; Sperri и др., 1969; Geschwind, 1979; Levy, 1980, и др.). Иными словами, множество церебральных структур, обеспечивающих реализацию функциональных систем сложных психических процессов, связаны между собой как по горизонтали, так и по вертикали. Поражения верхних отделов ствола, лимбических и палеокортикальных образований, как известно, редко приводят к синдромам нарушений высших психических функций. Но при этом, в зависимости от расположения очагов поражения, могут наблюдаться расстройства активного внимания, модальностно-неспецифические расстройства кратковременной памяти, нарушения процессов консолидации следов текущего опыта, расстройства пластичности и инициативы при решении интеллектуально-мнестических задач, эмоционального реагирования и некоторых форм адаптивного поведения (Корсакова, Московичюте, 1985; Хомская, 1987, и др.). Задача нейропсихолога заключается в том, чтобы изучить, как влияют нарушения тонуса коры, снижение уровня активации на процессы восприятия, памяти, узнавания, речи и какое это имеет значение для диагностики, восстановительного лечения и прогноза заболевания.

В последние годы многими исследованиями установлена важная роль правого полушария в осуществлении психических функций и особая значимость для прикладной нейропси- « хологии вопроса о функциональной специализации полушарий. В связи с этим проблема доминантности полушарий (по речи и по ведущей руке), оставаясь актуальной для решения конкретных задач топической диагностики (особенно в нейро-

хирургической клинике), рассматривается как составная часть более общей проблемы интегративной деятельности мозга. Известные со времен Х. Джексона и В. М. Бехтерева различия в функционировании правого и левого полушарий (у праворуких) в настоящее время являются предметом обширных и разносторонних исследований, которые объединяются общей проблемой — функциональной асимметрией полушарий (ФАП). Проблемы функциональной неравнозначности и функционального взаимодействия полушарий считаются фундаментальными для нейрофизиологии и нейропсихологии, являются также весьма актуальными для клинической нейропсихологии.

Фундаментальные аспекты проблемы парной работы больших полушарий мозга отражены в публикациях Б. Г. Ананьева (1968), В. Л. Бианки (1975, 1989), С. Спрингер и Г. Дейча (1983), О. С. Адрианова (1988), Н. Н. Брагиной и Т. А. Доброхотовой (1988), Н. Гешвинд (1979) и многих других авторов. В указанных работах имеются обзоры исследований, в которых интегрируются данные междисциплинарного подхода к проблеме ФАП.

В клинической нейропсихологии проблемы ФАП и межполушарного взаимодействия рассматриваются прежде всего с позиций мозговой организации ВПФ и их патологии при локально-органических поражениях мозга. Существует большая литература по этой тематике, которая отражает и теоретический уровень исследований, и результаты нейропсихологических экспериментов.

Обобщая результаты работ А. Р. Лурия (1973), Е. П. Кок (1975), Л. И. Московичюте и А. Л. Кадина (1975), Л. Я. Балонова и В. Л. Деглина (1976), Т. А. Доброхотовой и Н. Н. Брагиной (1977), Э. Г. Симерницкой (1978), Б. И. Белого (1982), А. Г. Зальцмана (1982, 1989), С. Спрингер и Г. Дейча (1983),

В. Л. Деглина (1984), Е. Д. Хомской (1985), Н. Н. Трауготт (1986), Я. А. Меерсона (1986), Н. Н. Брагиной и Т. А. Доброхотовой (1988), Э. Гольберга и Л. Д. Коста (1995), Е. Д. Хомской (1995), В. Л. Деглина (1996), М. Газаника (1970), Д. Кимура (1973) и других авторов, следует сказать, что представления о доминировании полушарий в восприятии определенного

стимульного материала (речевого — для левого полушария и наглядно-образного — для правого) должны быть существенно дополнены и уточнены. Результаты клинических и экспериментальных исследований показывают, что различия зависят не только и не столько от особенностей предъявляемого материала, сколько от характера конкретных задач, стоящих перед испытуемым. При этом с левым полушарием преимущественно связываются задачи категоризации (классификации) на основе выделения существенных признаков в речевых или зрительных стимулах, а с правым — задачи идентификации (сличения) целостного образа. Иными словами, различия в стратегиях переработки информации являются одним из важнейших механизмов, определяющих функциональную специализацию полушарий. При этом правое полушарие обеспечивает, главным образом, быстроту узнавания стимулов, требующих комплексного описания (не выделяя главный признак), необходимого для идентификации сложных, малознакомых невербализуемых объектов (в условиях высокой помехоустойчивости), а левое полушарие доминирует в задачах, связанных с категоризацией хорошо знакомых, относительно несложных, легко вербализуемых объектов. Левое полушарие, как показывают экспериментальные данные, теряет в скорости переработки информации (оно связано, по-видимому, с построением иерархии признаков и выделением ведущего), оно менее устойчиво к повреждениям, но обладает способностью к аналитическому, обобщенному описанию объектов на основе системы речевых связей и тем самым к произвольному управлению психологическими функциями.

Следует заметить, что и доминантность левого полушария по речи рассматривается в настоящее время как относительная, ибо она превалирует только в наиболее сложных видах произвольной речевой деятельности, тогда как правое полушарие доминирует в произвольных, автоматизированных речевых процессах, таких как эмоциональная, интонационная окраска речи, ее музыкальные компоненты и др. Все это необходимо учитывать при нейропсихологическом исследовании больных и принятии топико-диагностического решения. <...>

Основные принципы нейропсихологической диагностики и разработки методов исследования

Краткие сведения по истории и теории клинической нейропсихологии убедительно показывают, что в настоящее время этот раздел медицинской психологии наиболее фундаментально теоретически обоснован и располагает большим количеством разнообразных методических приемов исследования, не все из которых теоретически и эмпирически одинаково обоснованы. Многие из них, как уже говорилось, разрабатывались разными авторами на протяжении многих десятилетий¹. Использование этих приемов в большинстве своем не ограничивается стандартными условиями эксперимента и оценки успешности их выполнения. Диагностические алгоритмы достаточно субъективны и во многом зависят от индивидуального опыта исследователя, что существенно затрудняет сопоставимость и воспроизводимость результатов.

Естественно, что нейропсихолог должен хорошо знать и понимать те синдромы, которые возникают при различных по локализации поражениях мозга, и располагать достаточным набором методических приемов для получения надежных в тоиико-диагностическом отношении данных. Но, по нашему убеждению, количество нейропсихологических проб, адекватных целям индивидуальной диагностики, в клинических условиях должно ограничиваться рамками определенной схемы. В свое время А. Р. Лурия (1969), определяя основные принципы нейропсихологического исследования, отмечал лимит времени проведения эксперимента в клинике локально-органических поражений мозга. Это связано в первую очередь с быстрой истощаемостью внимания больных, снижением их умственной работоспособности и т. п. Поэтому, при всем многообразии конкретных методических приемов исследования, важно придерживаться определенной схемы эксперимента, к чему, собственно, и стремятся все разработчики. Следует помнить, что способ преодоления ошибок испытуемым, его отношение

¹ Авторство многих нейропсихологических проб и заданий установить не представляется возможным.

к неудачам также могут оказаться значимыми в топико-диагностическом отношении.

Не исключая творческого, исследовательского подхода к поиску критериев для постановки топического диагноза, предполагающего как «квалификацию симптома» (по Л. С. Выготскому), так и структурно-динамический характер проведения исследования и принятия диагностического решения, необходимо иметь возможность достаточно объективно оценивать успешность выполнения больным тех или иных заданий, опираясь на нормативные данные. Такой подход, сохраняя все своеобразие нейропсихологического эксперимента и возможности полноценного анализа результатов, позволяет вместе с тем выйти за узкие рамки индивидуального опыта и широко применять нейропсихологические методы в научно-исследовательской работе для оценки эффективности лечебно-восстановительных и реабилитационных мероприятий и медико-педагогической практики. Вопросы о надежности получаемых в нейропсихологическом эксперименте данных проблематичны и, по-видимому, могут решаться, главным образом, путем сравнительного анализа результатов группы разнородных проб и обнаружением в них общих признаков, укладывающихся в единый синдром, как это подчеркивали А. Р. Лурия (1969) и Е. Д. Хомская (1986).

Наш многолетний опыт нейропсихологической диагностики позволяет утверждать, что основные требования, которым должен соответствовать набор нейропсихологических проб для решения топико-диагностических задач в неврологической, нейрохирургической и психиатрической клиниках, в дефектологии и медицинской педагогике, должны состоять в следующем.

1. Необходимы избирательная надежность и валидность методов исследования тех высших психических функций, нарушения которых могут иметь место при локальных поражениях мозга. Иными словами, набор должен содержать минимально необходимое количество проб, адекватных для исследования речи, гнозиса, праксиса, специальных видов памяти и т. д., характеристика нарушений которых позволяет оценить их топико-диагностическую значимость в динамике лечения.

2. Методики должны быть доступны для выполнения любому взрослому, практически здоровому испытуемому¹, для чего желательна их предварительная стандартизация на нормативной выборке, включая и относительно малообразованных людей. (Сложные пробы могут использоваться индивидуально с учетом преморбидных особенностей и культурного уровня больных.)

3. В набор следует включать задания, направленные на выявление нарушений высших психических функций различной степени тяжести, не только выраженных и умеренно выраженных расстройств, но и слабовыраженных, которые часто не удается обнаружить при обычном клинико-психологическом исследовании. Для этого необходимы сенсibilизированные приемы диагностики тонких, слабоструктурированных нарушений речи, гнозиса, праксиса, памяти и т. д.

4. Результаты исследования, полученные с помощью ней-ропсихологических проб и заданий, должны быть пригодны для сравнительной характеристики нарушений высших психических функций и их динамики в процессе восстановительного лечения и реабилитации больных. Это может быть достигнуто относительно стандартной процедурой исследования и оценивания.

5. Оценка степени выраженности расстройств высших корковых функций (квантификация) не должна препятствовать основному принципу нейропсихологического исследования — качественному, структурному анализу синдрома.

6. В дополнение к методикам собственно нейропсихологической диагностики могут использоваться патопсихологические (нестандартизованные) и тестовые методики. Необходимость их применения должна обосновываться конкретными задачами исследования, например дифференциацией общей и локальной патологии или различными видами экспертизы. Вместе с тем эти дополнительные экспериментально-психологические методики (в связи с их многообразием и сложностью) не должны включаться в качестве обязательных компонентов в стандартный набор.

¹ Вопрос о создании специального набора нейропсихологических проб для детской нейропсихиатрической клиники, аналогичного взрослому, пока еще не решен.

Нейропсихологическое исследование,, как и любое другое медико-психологическое исследование, надо строить с учетом индивидуальных особенностей больного. В соответствии с этими требованиями в основе предлагаемого стандартизованного набора нейропсихологических методик лежат субтесты, отобранные нами за 25 лет научно-практической работы в институте им. В. М. Бехтерева как наиболее адекватные и валидные для решения топико-диагностических задач. Одни из них давно и хорошо известны (пробы Поппельрейтера, Хеда, Н. И. Озе-рецкого, А. Р. Лурия и т. д.). Другие пробы применялись многие годы преимущественно ленинградскими нейропсихологами — В. К. Орфинской, Н. Н. Трауготт, С. И. Кайдаповой, И. М. Тонконогим, В. М. Смирновым и др. Часть методических приемов исследования, предложенная первоначально известными зарубежными нейропсихологами модифицирована и апробирована в институте им. В. М. Бехтерева. Наконец, ряд субтестов методики, как уже говорилось, впервые разработаны для целей топической диагностики при локальных мозговых поражениях авторами этой книги в содружестве со специалистами по теории информации и распознавания образов.

Предлагаемые методические подходы и принципы нейропсихологической диагностики, разумеется, не претендуют на всеобъемлемость. Также очевидно, что каждый нейропсихолог сам выбирает способы и методы обследования больных, «технология» принятия топико-диагностических решений. Выбор может быть обусловлен многими факторами: образованием, «школой», опытом работы с различными контингентами испытуемых, направленностью исследований ВПФ (научная работа, клиническая практика, восстановительное обучение или комплексный характер деятельности и т. п.). Вместе с тем представляется важным подчеркнуть, что любые наборы (схемы, блоки, батареи методик и т. п.) для многомерной диагностики, в том числе нейропсихологической, должны отвечать требованиям научной обоснованности экспериментального метода и анализа получаемых данных (в совокупности с клиническими) на основе методологии естественных наук. Это методологическое требование, предъявляемое к нейропсихологическим исследованиям, исходит из нашего понимания нейропсихологии как науки, находящейся на стыке гуманитарных и естественнонаучных знаний.

III

Патопсихология

Основные темы и понятия раздела

- Теоретико-методологические проблемы патопсихологии
- Значение патопсихологических исследований для вопросов общей психологии
- Основные принципы построения патопсихологического эксперимента

Поляков Ю. Ф.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПАТОПСИХОЛОГИИ¹

Возникнув раньше других областей (нейропсихология, психосоматика, аномальный онтогенез и др.) в рамках классической психологии, патопсихология сформировалась как научная дисциплина на стыке двух сфер науки — гуманитарной и естественнонаучной, на стыке психологии и такой отрасли медицины, как психиатрия.¹

На протяжении последнего столетия по мере эволюции отношений между психологией и психиатрией менялись не только степень их сближения, но и характер взаимосвязей. На разных исторических этапах такие изменения детерминировались прежде всего взглядами на предмет психиатрии, сущность психических болезней, природу и структуру психики.

С современных позиций союз психиатрии и психологии определяется общим пониманием психических болезней как заболеваний человеческого организма с выраженным нарушением психической деятельности, т. е. отражательной функции мозга. Психология — наука о природе, детерминации и структуре психической деятельности, той функции мозга, нарушение которой дает круг болезней, изучаемых психиатрией.

Для решения основных задач клинической психиатрии — предупреждения и лечения психических болезней — необходимо знать причины, условия и механизмы их возникновения, т. е. материальные (субстратные) основы психических болезней. В выявлении всей цепи процессов, опосредующих связь психопатологических проявлений с патобиологическими их механизмами, в раскрытии природы этих заболеваний существенную роль играет патопсихология — область психологии, изучающая закономерности нарушения структуры и развития психических процессов, а также изменения психических свойств личности при разных видах патологии мозговой дея-

¹ Фрагмент из книги: Соколова Е. Т., Николаева В. В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. — М.: SvR-Аргус, 1995. - С. 9-26.

тельности. Теория психиатрии, естественно, не сводится к психологии и не ограничивается только анализом нарушений психики, поиском психологических основ болезней. Однако и недооценка связи психиатрии с научной психологией весьма сужает возможности психиатрии в познании природы психических болезней и решении задач клинической практики. „ V Выделяют три основные линии связей между психиатрией и психологией: 1) теоретическое использование системы психологических знаний в построении общей патопсихологии (общего учения о психологических болезнях); 2) включение экспериментально-психологических исследований в мульти-дисциплинарное изучение природы психологических болезней и патологических состояний мозга; 3) участие патопсихологической службы в решении практических задач психиатрической клиники.

Общая психопатология как теория психиатрии, или учение о психических болезнях, относясь к медицинским дисциплинам, представляет собой один из разделов общей патологии. В его сферу входит изучение как частных, так и общих закономерностей нарушения психической деятельности. Для того чтобы быть действенной, вооружать практику и ориентировать конкретные исследования психических болезней, теория психиатрии должна прежде всего располагать знанием общих закономерностей нарушения психики. Построение такой теории (опирающейся на положения общей патологии, биологии, нейрофизиологии и т. п.) во многом определяется исходными общепсихологическими взглядами на природу и детерминацию психики, на структуру и формирование психической деятельности. Не только понимание общих принципов и закономерностей нарушения психической деятельности, но и вся система конкретных психопатологических понятий (симптоматология, синдромология) существенно зависят от исходных психологических позиций. Они в значительной мере определяют как критерии выделения психопатологических симптомов (синдромов), так и принципы их систематики. В истории психиатрии можно отчетливо проследить связь всех наиболее значимых психопатологических концепций с взглядами тех или иных общепсихологических школ.

Психическое представляет собой процесс, деятельность. Положение И. М. Сеченова о том, что формой существования психического является процесс, стало основополагающим принципом, развиваемым и конкретизируемым в современной материалистической психологии. <...>

Современная психология утверждает, что не мозг рождает психическое и не внешние воздействия вызывают тот или иной психический феномен, а внешние воздействия в результате опосредования сложными внутренними психическими процессами дают в конечном итоге образы, мысли, идеи. Главным объектом изучения современной психологии являются именно закономерности формирования и течения психических процессов. Существенную эволюцию в современной психологии претерпело также само понятие психической функции. На смену прежнему представлению о психических функциях как неких первичных, элементарных и неразложимых свойствах душевной жизни пришло понятие о сложнейших многокомпонентных функциональных системах, формирующихся в течение жизни субъекта на основе большого комплекса мозговых структур и физиологических механизмов, которые подчиняются определенным закономерностям развития. При таком понимании природы психических функций иначе решается и вопрос об их локализации. Вместо устаревших психоморфологических взглядов узкого локализационизма развиваются представления о динамической системной локализации психических функций (о так называемых динамических структурах). Их основы были заложены еще в трудах А. А. Ухтомского и И. П. Павлова.

На указанных теоретических положениях и многочисленных клинических и экспериментальных данных нейропсихологии и патопсихологии основывается тезис о том, что при патологии мозга любая сложная психическая функция не «выпадает», не «уменьшается», а лишь изменяет свое течение, т. е. меняет свою структуру в соответствии с нарушением тех или иных компонентов (звеньев), входящих в ее состав. Клиническая картина патологии мозга может быть результатом нарушения весьма различных звеньев тех или иных психических процессов. Измененное вследствие патологии мозга течение

психических процессов приводит к искажению детерминации внешним миром поведения больных, делает его реакции неадекватными окружающей среде. Приведенные положения современной материалистической психологии служат разработке и построению теории общей психопатологии. Они также служат основой для участия психологии в системе мультидисциплинарных исследований природы конкретных психических болезней и патологических состояний мозга. Трудность раскрытия природы психических заболеваний обусловлена прежде всего чрезвычайной сложностью и опосредованностью связи между основными клиническими (психопатологическими) проявлениями болезней и их биологической сущностью.

Психопатологические феномены в виде измененного поведения больных, их поступков, идей, высказываний и т. п. представляют собой выражение нарушенного течения сложной цепи мозговых процессов. При основных психических болезнях (психозы на почве органического поражения головного мозга, эпилепсия, шизофрения и т. п.) предполагается нарушение структуры или химизма мозга, что обуславливает изменения в течении основанных на них физиологических процессов. Расстройство последних приводит к изменению прижизненно сформированных на их основе, психических процессов. Это в свою очередь нарушает отражение человеком внешнего (и внутреннего) мира, что проявляется психопатологическими симптомами болезни.

Поскольку психопатологические проявления представляют собой результативное выражение скрытых изменений сложных мозговых процессов, то раскрыть характер лежащих в их основе нарушений мозговой деятельности на основании анализа только этих проявлений нельзя. Приходится изучать закономерности

нарушения мозговых процессов на всех уровнях сложности методами психологии в комплексе с нейрофизиологией, биохимией, биофизикой и др.

Основная задача экспериментальных патопсихологических исследований в изучении природы психических болезней и патологических состояний мозга состоит в исследовании закономерностей нарушенного течения тех или иных психических процессов при разных видах патологии мозга.

Если клинические (психопатологические) исследования выявляют закономерности проявлений нарушенных психических процессов, то экспериментально-психологические исследования должны ответить на вопрос: как нарушено течение (т. е. структура) самих психических процессов. В этом и реализуется путь познания болезни от явления (т. е. психопатологического феномена) к сущности все более глубокого порядка.

Актуальность этой задачи связана с ошибочным отождествлением описания психопатологических проявлений с характеристикой нарушения психических процессов, в то время как последние при большинстве психопатологических синдромов еще не изучены. Неосознанное использование этих подмененных, необоснованно отождествляемых характеристик проявляется, например, в таких понятиях, как «разорванность», «вычурность», «соскальзывание», «расщепление» мышления и т. д. Считают, что в этих понятиях отражаются нарушения процесса мышления. В действительности они лишь описывают то, как мы воспринимаем проявления нарушений (в виде высказываний и поступков больных) и вовсе не означают, что именно таким образом нарушены («разорваны», «расщеплены» и т. п.) сами процессы мышления. Закономерности их изменения при данных клинических проявлениях можно и нужно изучать в специально построенных психологических экспериментах.

В изучении природы конкретных аномалий развития личности и недоразвития психики основные задачи экспериментально-психологических исследований связаны с выявлением тех основных компонентов психической деятельности, недоразвитие или аномалии развития которых обуславливают формирование общей патологической структуры психики. При психопатиях, например, такие факторы выделяются преимущественно в эмоционально-волевой сфере, тогда как при олигофрении — прежде всего в особенностях интеллектуальных, речевых, а также волевых процессов. Особое значение в психологических исследованиях приобретает использование общих закономерностей онтогенетического формирования психики (принцип хроногенности ее формирования, меняющаяся роль того или иного фактора на разных этапах онтогенеза).

В области психогений (неврозы и реактивные состояния), в основе которых лежат функционально-динамические нарушения нервной деятельности, психологические исследования направлены прежде всего на изучение структуры и индивидуально-типологических особенностей личности. Это необходимо для установления патогенеза заболевания и разработки адекватных психотерапевтических мероприятий.

Наиболее интенсивно в мировой психиатрии психологи включены в разработку проблем пограничной психиатрии (неврозы, психопатии), где они участвуют как в изучении генезиса этих патологических состояний и аномалий развития, так и в разработке профилактических психокоррекционных, а также реабилитационных мероприятий.

В области экзогенных психических расстройств их (психологов) участие более скромное и достаточно четкое. Здесь психологические исследования направлялись прежде всего на решение диагностических вопросов и задач экспертизы (трудовой, судебной, военной).

Наиболее широкими, сложными и разнообразными оказываются задачи, встающие перед психологическими исследованиями в связи с изучением эндогенных психозов. Характер этих задач определяется, с одной стороны, местом психологических исследований среди других научных дисциплин в системе мультидисциплинарного изучения эндогенных психозов. С другой стороны, они обусловлены рядом факторов, связанных с уже известными особенностями природы и генеза этих заболеваний. Ведущим является тот факт, что эндогенные психозы характеризуются пока отсутствием сколько-нибудь значительных неврологических и других соматических проявлений при массивной психопатологической симптоматике, почти исчерпывающей на сегодня клиническую картину болезней. Основными

проявлениями ее являются более стойкие и преходящие изменения психических свойств личности и психических процессов (мыслительных, эмоциональных, волевых и др.). Этот фактор определяет общее значение уровня психологических исследований в системе мультидисциплинарного изучения как шизофрении, так и маниакально депрессивного психоза. Исследования на всех уровнях (клинико-

психопатологическом, экспериментально-психологическом, нейрофизиологическом, биохимическом, биофизическом, морфологическом и т. д.) должны вестись одновременно. Однако слишком большая опосредованность связи между исходным психопатологическим уровнем и уровнями более «низкими» не дает возможности для построения на основе психопатологических данных достаточно продуктивных гипотез для построения прицельных исследований на этих уровнях. Поэтому возрастает значение стратегии последовательного движения исследований «сверху» «вниз», при котором уровень экспериментально-психологического изучения патологии мозговой деятельности является наиболее актуальным, ближайшим к исходному, тщательно разработанному уровню клинко-психопатологических исследований. Дальше возможен переход на уровень нейрофизиологический и т. д.

Другим фактором, определяющим в настоящее время особую роль психологических исследований, является факт генетической обусловленности предрасположения к заболеванию эндогенными психозами, что выдвигает на передний план проблему изучения «предиспозиционных» характеристик, тех аномалий развития психики, на фоне (почве) которых может возникнуть психоз. Это резко повысило за последние годы во всем мире интерес к поискам психологических «предикторов» заболеваний, к анализу преморбидного склада психики этих больных. В зависимости от решения этих фундаментальных психологических проблем находится решение широкого круга более прикладных задач. Например, таких, как раннее выявление факторов риска заболевания; квалификация и анализ структуры и степени преморбидных аномалий психики для разработки профилактических мероприятий, для решения разных экспертных вопросов, для психолого-педагогической коррекции.

Результаты экспериментально-психологических исследований природы и патогенеза отдельных психических болезней составляют основу для участия патопсихологов в решении ряда практических задач психиатрии. В рамках разных психиатрических направлений объем этих задач значительно различается — от чрезмерно широкого круга функций клиническо-

го психолога, порой неотличимых от функций психиатра (в США и некоторых странах Латинской Америки), до более узкой роли в клиническом обследовании и лечении больных (в СССР, Франции, Чехословакии, ГДР, Австрии и ряде других стран). Условно можно выделить 4 группы, или круга, практических задач психолога в психиатрической клинике: 1) распознавание и дифференциальная диагностика психических болезней; 2) экспертная практика; 3) реабилитационная и психокоррекционная работа; 4) вопросы, связанные с динамикой нарушений психической деятельности и оценкой эффективности терапии.

В психиатрической литературе существуют разные точки зрения на место и роль экспериментально-психологических методов в распознавании и диагностике психических заболеваний, отражающие как недооценку, так и переоценку возможностей этих методов в решении данной задачи. Разногласия в этом вопросе обусловлены прежде всего особенностями общеклинических и психопатологических позиций психиатров, принадлежащих к разным школам и направлениям, различием их исходных психологических концепций, а также широким диапазоном и неоднородностью как самих экспериментально-психологических методик, так и принципов их применения.

В отечественной психиатрии стало традиционным широкое использование методов экспериментальной психологии в распознавании и клинико-нозологической диагностике психических болезней.

Сначала экспериментально-психологические методы выступали в качестве своего рода инструмента более утонченного психопатологического анализа, являясь его продолжением и способствуя выявлению определенных психопатологических симптомов тогда, когда их обнаружение клинико-психо-

патологическим методом затруднено. В этой простой вспомогательной функции психологический эксперимент вошел в клиническую практику довольно рано (его применяли В. М. Бехтерев, С. С. Корсаков, В. Ф. Чиж, А. И. Сербский, А. Н. Бернштейн и другие) и в настоящее время активно используется не только специалистами-психологами, но и психиатрами. В психиатрии он принимает форму «естественного эксперимента»

в процессе общения врача с больным в рамках обычной клинической беседы. В процессе многолетнего сотрудничества клиницистов и психологов разработан ряд психологических методик, оправдавших себя в психиатрической практике и прочно вошедших в арсенал рабочих приемов клиницистов психиатров и патопсихологов (Рубинштейн, 1970). <...>

Экспериментально-психологические методы исследования <...> представляют собой как бы продолжение и дополнение клинического анализа психического статуса больного. Чаще всего их применяют при стертых, благоприятных, малосимптомных вариантах течения разных психических болезней, в начальных стадиях заболевания или ремиссии, когда психические расстройства мало выражены, а также в случаях замаскированности той или иной симптоматики (в частности, негативной) другими психопатологическими симптомами.

Наряду с выделением определенных психопатологических симптомов экспериментально-психологические методы играют и другую, более самостоятельную роль в распознавании и диагностике психических болезней. В этом случае они, так же как и другие лабораторные исследования, расширяют возможности клинического анализа, позволяя получать дополнительную диагностически значимую информацию, лежащую вне рамок обычного психопатологического анализа.

Использование в этих целях экспериментально-психологических методов основывается на результатах многочисленных специальных клинико-лабораторных корреляционных исследований, в ходе которых экспериментальным путем были установлены определенные характеристики психической деятельности, имеющие ту или иную дифференциально-диагностическую ценность.

Реализация этой функции экспериментально-психологических исследований относится к компетенции специалистов-патопсихологов и требует наряду с психологической квалификацией и опыта экспериментальной работы.

В многообразии методических приемов, используемых для получения дополнительных дифференциально-диагностических (патопсихологических) данных в психиатрических клиниках разных стран, нашли отражение весьма различные ме-

методологические принципы создания, отбора и использования экспериментально-психологических методик (Зейгарник, 1962; 1976; Лурия, 1963; Поляков, 1974).

Один из основных и наиболее плодотворных путей, по которому успешно следует патопсихология, — экспериментальное изучение закономерностей измененного протекания (структуры) психических процессов — мыслительных, перцептивных, речевых, эмоциональных и т. д. — при разных видах патологии мозга и использование этих данных в качестве дополнительных клинико-диагностических критериев. Этот подход характеризуется следующими методологическими принципами. Во-первых, экспериментальные исследования (и соответствующие им методики) не унифицированы, поскольку они предполагают своего рода «прицельность», т. е. направленность на анализ определенных видов патологии психики. Эти методики, как правило, создаются для изучения конкретных вариантов нарушения психической деятельности, хотя многие из них используются широко для выявления и других нарушений психических процессов в соответствии с поставленной дифференциально-диагностической задачей. В качестве примеров можно привести метод формирования искусственных понятий, предложенный и примененный в психиатрии в связи с гипотезой о нарушении понятийного мышления при шизофрении (Выготский, 1956), и метод классификации предметов, которые используются сейчас при изучении различных аспектов патологии мышления и при самых разных заболеваниях. Во-вторых, экспериментальные методики строятся по принципу моделирования определенных (воспроизводимых и контролируемых) ситуаций, требующих от больного выполнения каких-либо заданий, в процессе которых и проявляются интересующие экспериментатора изменения тех или иных сторон психической деятельности. Например, метод исключения предмета («четвертый лишний»), требующий от обследуемого выделить из нескольких предъявленных предметов один и аргументировать общность остальных. Этот метод моделирует деятельность, связанную с выделением существенных признаков объектов и обобщением их, что позволяет анализировать способность к отвлечению и абстракции.

В описанном подходе большое значение имеет определенный принцип анализа экспериментальных данных, органически связанный с существом самих методических приемов. Заключение экспериментатора строится на оценке не столько конечного результата (эффекта) деятельности больного, сколько особенностей выполнения экспериментального задания.

Экспериментальное исследование больного строится на основе индивидуально подобранного комплекса методик, изменяемых в соответствии с конкретной дифференциально-диагностической задачей, состоянием больного в момент исследования, его образованием и возрастом. <...>

Ряд практических задач, в решении которых активно участвуют патопсихологи, связан с вопросами психиатрической экспертизы (врачебно-трудовая, медико-педагогическая, военно-врачебная, судебно-психиатрическая). Общим для этого круга задач является необходимость соотнесения определенных особенностей психики больного с психофизиологическими требованиями и особенностями структуры той или иной конкретной деятельности (трудовой, учебной) или действия, поступка.

Значение психологических исследований в этой области определяется прежде всего тем, что экспертиза связана с учетом не только медицинских, но и социальных и психологических факторов. Для их решения обычно нужны детальные данные об особенностях психического склада больного и соотнесение его психофизиологических возможностей с особенностями той деятельности (или действия), в отношении которой проводится экспертиза.

Экспертиза трудоспособности психически больных связана, например, с требованиями той или иной профессии к психическим и физическим функциям человека. Для этого наряду с нозологическим (синдромальным) устанавливается и функциональный диагноз, учитывающий не только пораженные, но и сохраненные функции, и определяющий компенсаторные возможности больного и его способности к трудовой деятельности. При этом необходимо учитывать индивидуальные возможности личности, мотивов, установок больного и т. д. При решении, например, вопросов, связанных с прогнозом

учебной деятельности и отбором детей в специальные школы разного типа, основным экспертным принципом является комплексное изучение ребенка (врачебное, психологическое, педагогическое) с обязательным установлением особенностей его развития и выявлением потенциальных положительных возможностей обучения.

В судебно-психиатрической экспертизе центральным моментом остается вменяемость—невменяемость. Установление невменяемости основывается на двух обязательных критериях — медицинском и юридическом (психологическом), выходя тем самым за рамки психопатологического анализа.

Место и фактическая роль психологических исследований в этой области определяются, таким образом, необходимостью разностороннего анализа особенностей психического склада больного, его психических процессов и свойств личности. Они имеют особое значение (независимо от их отношения к диагностике и лечению) для тех или иных видов деятельности или совершения отдельных поступков.

Особая роль экспериментально-психологических исследований в решении этих вопросов обусловлена тем, что для обоснованного экспертного заключения недостаточно лишь оценки снижения тех или иных психических функций и свойств больного, а необходим качественный, структурный анализ изменений его психической деятельности. Врачебно-трудовая экспертиза, например, не ограничивается вычислением процента потери трудоспособности, а строится на основе определения фактической возможности больного выполнять ту или иную работу без вреда для здоровья. Для решения этой задачи с помощью психологических методов выявляются характер и выраженность изменений психических процессов и возможности их компенсации с учетом психологических особенностей той или

иной деятельности. Экспериментально изучают, например, утомляемость при различных видах труда (однообразном, динамичном, непрерывном, прерывистом, автоматизированном, творческом, сенсорном или моторном и т. д.). Экспериментальное исследование структуры изменений интеллекта может выявить, например, соотношение между способностью к абстрагированию, конструктивному мышлению,

усвоению новых знаний в их практическом использовании в конкретной предметной деятельности. Существенное значение для оценки трудоспособности больного может иметь структура расстройств памяти (преобладание нарушений краткосрочной или долговременной памяти, определение ее различных модально-специфических типов — зрительной, слухоречевой и др.) и соотнесение этих характеристик с особенностями профессионально-трудовой деятельности, рекомендуемой больному.

При медико-педагогической экспертизе детей и подростков с разными формами дизонтогенеза психологическое исследование, как уже говорилось, позволяет оценить не только структуры аномалии личности и задержку умственного развития, но и потенциальные возможности психического развития ребенка. Поскольку нарушения и отставание в психическом развитии обусловлены как олигофренией, так и другими причинами (педагогическая запущенность, последствия длительной астенизации, прогрессивное психическое заболевание), данные психологического исследования помогают психиатру в установлении природы дизонтогенеза и в выборе путей общеобразовательного и трудового обучения (массовая школа, санаторная школа, вспомогательная школа или специализированное ПТУ).

При решении задач экспертной психиатрической практики методы и принципы работы патопсихологов сближаются с таковыми в других областях психологии, например, в психологии профотбора и профориентации, дефектологии и юридической психологии.

Требования к патопсихологии в области реабилитации, психокоррекционной работы с психически больными аналогичны тем, которые упоминались при изложении вопросов экспертизы.

Реабилитационные мероприятия, направленные на предупреждение инвалидизации, предотвращение или уменьшение стойких последствий заболеваний, на сохранение и восстановление личностного, трудового и социального статуса больного, служат одновременно и средством компенсации нарушенной психической деятельности. Функции психологических

исследовании здесь также определяются необходимостью анализа склада личности, помогающего выяснить компенсаторные возможности больного и разработать адекватные восстановительно-профилактические мероприятия.

Значительное место в решении этих задач занимают исследования особенностей психики (психических процессов и свойств личности), имеющих значение для социальной и профессиональной адаптации больных. Эти исследования включают определение структуры изменений и сохранности основных свойств личности, а также выяснение системы значимых отношений, мотивационной направленности и ценностных ориентации больного. Определенное значение имеет исследование «внутренней картины болезни», изучение «зоны конфликтных переживаний» больного, способов разрешения конфликтов и механизмов психологической компенсации. Задачи патопсихологии в этой области сближаются с задачами социальной психологии. Их роднят и методы исследования, которые пока, к сожалению, недостаточно совершенны. <...>

В последнее время выявляется тенденция к использованию этих возможностей экспериментальной психологии для анализа динамики психических расстройств и оценки эффективности терапии. Так, например, знание динамики тех или иных сторон психической деятельности важно для оценки глубины и стойкости ремиссий, определения прогноза на начальных (малосимптомных) этапах заболеваний, при необходимости более детального функционального диагноза и т. д. Все более широкое применение фармакотерапии, лекарственный пато-морфоз психических болезней, внедрение новых форм социальной и трудовой реабилитации больных также предъявляют новые требования к данной стороне

экспериментально-психологических исследований. В этой области обычно применяются элементарные методы экспериментальной психологии, результаты которых поддаются однозначной интерпретации и могут быть оценены количественно.

Широкий круг научных и практических задач, решаемых на базе психиатрической клиники патопсихологией, связывает ее практически со всеми основными психологическими дисциплинами и диктует целесообразность исследований в комп-

лексе с другими разделами психологии. Возможности патопсихологии, ее обращенность к различным патологиям и аномалиям развития психики привлекают к ней все большее внимание представителей других наук и открывают еще далеко не использованные пути эффективного решения многих проблем, оказывающихся общими для расходящихся, самоизолирующихся, если можно так сказать, отдельных областей психологии.

Возможности использования данных патопсихологических исследований для раскрытия структуры психической деятельности, закономерностей формирования ее индивидуальных психологических особенностей, для изучения роли со-циально-средовых и биологических факторов в процессах развития и распада психики для разработки методологических принципов в психологической диагностике личности и так далее — все это основывается на специфике объекта исследования этой дисциплины. Она связана с тем, что, благодаря такому естественному эксперименту, каким являются различные патологические изменения мозга, удастся преодолеть многие принципиальные ограничения, которые существуют в изучении здоровых людей. Основная трудность при изучении нормально функционирующего мозга, психики здорового человека связана с ограниченными возможностями со стороны исследователей при воздействии на конструкцию, состояние изучаемой системы. Принцип черного ящика, господствующий при изучении психики человека, означает, что исследователи вынуждены изучать закономерность психической деятельности путем варьирования входов, регистрации соответствующих изменений на выходе, не имея сколько-нибудь достаточных возможностей варьировать конструкцию и состояние отдельных «звеньев» самой структуры психической деятельности.

Изучение патологии расширяет возможности психологической науки благодаря тому, что при болезненных поражениях мозга, при нарушении тех или иных морфологических, химических или иных характеристик деятельности происходит нарушение ряда базирующихся на них компонентов, звеньев психической деятельности. Болезненно измененный мозг

представляет собой систему, функционирование которой отличается от психической деятельности здорового человека изменением некоторых более или менее фундаментальных ее факторов. Это позволяет путем сравнительного исследования деятельности здоровых и больных, аномальных людей выявлять и анализировать скрытые при нормальной работе мозга сдвиги в составе различных психических процессов и изучать их роль и место в структуре психической деятельности в целом. Следует признать, что в настоящее время такой путь более успешно реализуется именно в нейропсихологии, на материале клиники локальных поражений мозга. Этот путь был начат и продолжен А. Р. Лурией и его учениками. Последнее время началось движение по этому пути и в другой области — в патопсихологии, в области изучения психических болезней. При поражениях мозга, возникающих при психических болезнях, в психиатрии, как правило, нарушаются более общие, чем в клинике локальных поражений мозга, более фундаментальные факторы психики.

Субстратная основа большинства психических болезней пока неизвестна и не изучена. Но зато при поражениях мозга, соответствующих психическим болезням, как правило, нарушаются более фундаментальные, более общие факторы психики, психической деятельности, и проявляется это в том, что для психопатологической природы этих синдромов не характерны очерченные нарушения одной или ограниченного комплекса психических функций, а типично одновременное нарушение более широкого круга психических процессов, познавательных, эмоциональных, волевых одновременно. Эта особенность, в частности, отразилась в определении психических болезней, которые издавна (еще С. С. Корсаковым) определялись как патологические «изменения целостной личности». При этом он пояснял, что

под «личностью» имеет в виду совокупность всех душевных свойств и качеств человека, то есть подчеркивал широкий объем нарушающейся сферы психики.

Исследования патологии психической деятельности вносят серьезный вклад в решение важнейших проблем генезиса и функционирования человеческой индивидуальности. Болезнь, как отмечал Т. Рибо, «превращается в тонкое орудие

анализа, производя для нас опыты, никаким другим путем неосуществимые». Эти возможности не осознаны еще в должной мере нашей психологической наукой, вероятно, и по вине самих патопсихологов, недостаточно активно включающих результаты своих исследований в общепсихологический контекст. В то же время уже сегодня можно оценить значение патопсихологических данных и потенций этой науки, являющейся не только фундаментом для интенсивно развертывающейся медико-психологической службы, но и базисной для решения кардинальных общепсихологических проблем. Так, например, в раскрытие мозговых основ психической деятельности наиболее серьезный вклад вносится разделом медицинской психологии — нейропсихологией. В последние годы патологический материал все более проливает свет на биохимические механизмы психической деятельности. Исследования биологически детерминированных аномалий развития психики, так же как и генетически обусловленных психических заболеваний, являются сегодня наиболее эвристичным путем выяснения конкретных взаимоотношений биологических и средовых факторов в развитии психики. Работа О. Кречмера отчетливо показала возможности медицинской психологии в раскрытии индивидуально-типологических различий психического склада и их биологических оснований. Перспективы резкого углубления в этом плане дает область изучения психопатических и акцентуированных личностей, выражающих единственную в своем роде естественную типологию человеческой психики. Именно патология психики породила разработку проблем психологической диагностики и оказывает постоянное влияние на их решение, трансформируя богатый опыт и принципы медицинской диагностики. Путем сравнительного изучения разных видов нарушения психики удастся наиболее продуктивно вскрывать генезис и строение психических процессов и свойств психики благодаря уникальной возможности синдромного (структурного) анализа ее состава. Очевидна привилегия и сила медицинской психологии в изучении неосознаваемых форм психической жизни.

Оценивая значение связей между психологией и психиатрией для решения общепсихологических проблем, нельзя не

согласиться со словами великого Гарвея, сказанными более 200 лет назад: «Нигде так ясно не открываются тайны природы, как там, где она отклоняется от проторенных дорог. Ибо давно известно, что полезность и значение любой вещи мы осознаем лишь тогда, когда мы ее лишаемся или когда она выходит из строя».

Зейгарник Б. В.

ЗНАЧЕНИЕ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ ВОПРОСОВ ОБЩЕЙ ПСИХОЛОГИИ¹

Исследования в области патопсихологии имеют большое значение для многих общетеоретических вопросов психологии. Остановимся лишь на некоторых из них.

А. Один из них касается роли личностного компонента в структуре познавательной деятельности. Современная психология преодолела взгляд на психику как на совокупность «психических функций». Познавательные процессы — восприятие, память, мышление — стали рассматриваться как различные формы предметной или, как ее часто называют, «осмысленной» деятельности субъекта. В работах А. Н. Леонтьева показано, что всякая деятельность получает свою характеристику через мотивацию. Следовательно, роль мотивационного (личностного) фактора должна быть включена в характеристику строения всех наших психических процессов. П. Я. Гальперин, создавший теорию поэтапного формирования умственных действий, включает в качестве первого этапа — формирование мотива к решению задачи. Все эти положения советской психологии нашли свое выражение в общетеоретических установках. Однако, как мы говорили выше, их трудно экспериментально доказать, имея дело со

сформировавшимися процессами. В генетическом плане это легче сделать (Гальперин, Запорожец). В известном плане эта возможность пред-

Фрагмент из книги автора:
Патопсихология. С. 191-199.

М: Академия,
1999.

ставляется и при анализе различных форм нарушений психической деятельности.

Очень четко это было выявлено в исследовании патологии восприятия Е. Т. Ойзерман (1971). Было показано, как под влиянием различно мотивированной инструкции процесс восприятия выступал то в виде деятельности, то действия, то операции. Сам процесс выдвижения гипотез и само их содержание меняются под влиянием мотивации.

Еще более четко выступает мотивационный компонент в строении нарушенного мышления. Такие расстройства мышления, как *разноплановость*, как тенденция к актуализации неупроченных в прошлом опыте свойств и связей, являются выражением изменения его мотивационного компонента. Экспериментально-психологические исследования выявили, что при разных нарушениях мотивационной сферы выступают различные формы нарушенного мышления (Зейгарник, Габ-риэл). Иначе говоря, *фактором, ответственным* за многие проявления познавательной деятельности, является *мотивационная смещенность* больных. Этот факт имеет принципиальное значение: он доказывает, что все наши процессы являются по-разному оформленными видами деятельности, опосредованными, личностно-мотивированными.

Б. Вторым вопросом общетеоретического значения, для разрешения которого кажется целесообразным привлечение патологического материала, является вопрос о соотношении биологического и психологического в развитии человека, вопрос, который сейчас широко дискутируется на многих симпозиумах и конференциях. Нам кажется, что привлечение разных форм аномалии может оказаться полезным при разрешении этой проблемы. Остановимся на двух видах изменений психической деятельности. Данные показали, что хотя биологические особенности болезни и психологические закономерности развития постоянно участвуют в формировании патологических симптомов, например патологических мотивов, потребностей, их роль при этом принципиально различна.

В основе формирования личности больного человека лежат психологические закономерности (механизмы), во многом сходные с закономерностями нормального психического раз-

вития. Однако болезненный процесс (алкогольная энцефалопатия, нарастающая инертность при эпилепсии и т. п.) создает особые, не имеющие аналога в нормальном развитии условия функционирования психологических механизмов, которые приводят к искаженному патологическому развитию личности.

Тем самым биологические особенности болезни не являются прямыми, непосредственными причинами нарушений психики. Они изменяют ход психических процессов, т. е. играют роль условий, в которых разворачивается собственно психологический процесс — процесс формирования аномальной личности. Этот вывод согласуется с общими положениями отечественной науки. А. Н. Леонтьев подчеркивает, что биологически унаследованные свойства составляют лишь одно (хотя и очень важное) из условий формирования психических функций. Основное условие их формирования — овладение миром предметов и явлений, созданных человечеством. Те же два условия действуют и в патологическом развитии, но их отношение значительно изменяется. Как подчеркивал С. Л. Рубинштейн, внешние причины преломляются через внутренние условия. Однако если при нормальном развитии внешние причины (социальные воздействия в широком смысле слова) приводят к адекватному отражению действительности, то болезнь создает особые условия протекания психических процессов, которые, напротив, приводят к искаженному отражению действительности и отсюда к формированию и закреплению искаженного отношения к миру, к появлению патологических черт личности.

При некоторых заболеваниях все менее действенными становятся потребности, мотивы, требующие для своего удовлетворения сложной организованной деятельности, определяющими становятся те потребности, которые могут удовлетворяться мал ©опосредованными действиями, строение которых приближает их к влечениям (при алкоголе, наркомании). В других случаях на первый план выступали изменения тех свойств психической деятельности, которые обеспечивают регуляцию поведения, целенаправленности (больные с повреждениями лобных долей мозга). Как мы видели, исследование самооценки, уровня притязаний этих больных позволило вы-

явить, что изменения намерений и потребностей приводило к ослаблению цели действий и что критическая оценка результатов собственных поступков нарушалась (Зейгарник, Кожуховская). Из вышесказанного следует, что механизмы и мотивы человеческой деятельности следует изучать через анализ патологически измененной психики. Наоборот, патопсихологические исследования показывают, что деятельность здорового человека отличается от больного. Прямой перенос личности больных на типологию здорового человека неправомерен.

Этот тезис важен не только при разрешении теоретических вопросов, но и при построении экспериментальных психологических приемов. Так же как и при анализе психологической деятельности, при выборе методов исследования должен быть сохранен принцип анализа: от закономерностей здоровой психики к патологии.

В. Для решения вопроса о соотношении биологического и социального большую роль играет освещение вопроса о соотношении развития и распада психики, на котором мы хотим подробнее остановиться.

Отношение распада и развития психики

Проблема отношения распада и развития психики имеет большое значение для теории психологии и психиатрии, для понимания строения психической деятельности человека.

Г. Е. Сухарева неоднократно указывала на необходимость эволюционно-биологического подхода при разрешении теоретических вопросов. Л. С. Выготский, уделивший много внимания проблеме развития и созревания психики ребенка, подчеркивал, что для правильного освещения этой проблемы необходимы знания данных о распаде психики. Он подчеркивал при этом, что когда речь идет о развитии и созревании человека, то применяемый к животным генетический подход не может быть просто продолжен, так как при переходе к человеку законы биологической эволюции уступают место закономерностям общественно-исторического развития. Продолжая мысль Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьев говорит о том, что развитие человека заключается не в приспособлении к окружающей среде, а в усвоении всего того, что накоплено человечеством.

Возникает вопрос о том, может ли проблема соотношения распада и развития психики решаться в психологии так же, как и в биологии. Как известно, исследованиями в области патологической анатомии и цитоархитектоники установлено, что при болезнях мозга прежде всего поражаются молодые, т. е. филогенетически наиболее поздно развившиеся образования коры головного мозга.

Экспериментальные исследования И. П. Павлова и его сотрудников на животных подтверждают положение о том, что при патологии раньше всего нарушается то, что было приобретено позднее. Так, приобретенные условные рефлексy нарушаются при болезнях мозга значительно легче, чем безусловные. Дальнейшими исследованиями в области физиологии высшей нервной деятельности установлено, что поражение более поздних в филогенетическом отношении образований влечет за собой ослабление их регулирующей роли и приводит к «высвобождению» деятельности более ранних.

Из этих данных нередко делается вывод, что при некоторых болезнях мозга поведение и действия человека совершаются на более низком уровне, соответствующем якобы определенному этапу детского развития. Исходя из концепции о регрессе психики душевнобольного человека на более низкий в онтогенетическом отношении уровень, многие исследователи пытались найти соответствие между структурой распада психики и определенным этапом детства. Так, еще в свое время Э. Кречмер (1927) сближал мышление больных шизофренией с мышлением ребенка в пубертатном возрасте.

Выступивший на XVIII Международном конгрессе (1966) психологов известный швейцарский ученый Ж. Ажюрагерра тоже отстаивал точку зрения о регрессе психической деятельности душевнобольного человека на онтогенетически более низкий уровень развития.

В основе этих взглядов лежит идея о послойном распаде психики от ее высших форм к низшим. Материалом, питающим эти представления, были следующие наблюдения: 1) при многих заболеваниях психики больные перестают справляться с более сложными видами деятельности, сохраняя при этом простые навыки и умения; 2) некоторые формы нарушений мышления и способов поведения больных

по своей внешней структуре действительно напоминают мышление и поведение ребенка на определенном этапе его развития. Однако при ближайшем рассмотрении эти наблюдения оказываются несостоятельными. Прежде всего, далеко не всегда при болезни обнаруживается распад высших функций. Нередко именно нарушения элементарных сенсомоторных актов создают основу для сложных картин болезни (Лурия, 1962).

Рассмотрение второй группы фактов показывает, что речь идет в этих случаях лишь о внешней аналогии. Рассмотрим некоторые из них. Остановимся на нарушениях навыков, поскольку их онтогенетическое формирование выступает особенно четко. Данные С. Я. Рубинштейн (1965), исследовавшей распад различных навыков — письма, чтения, привычных действий у психически больных позднего возраста, — выявили их различную структуру. При заболеваниях сосудов головного мозга без очаговой симптоматики наблюдались дискоординация, прерывистость действий и парапраксии, неловкость движений, выступавших из-за огрубевшей и запаздывающей корковой коррекции движений. У больных, страдающих болезнью Альцгеймера (атрофическое заболевание головного мозга), выявляется утеря двигательных стереотипов (письма, чтения), выпадение сложных человеческих умений, обусловленное утерей прошлого опыта. Никаких компенсаторных механизмов у них выявить не удавалось, в то время как нарушения навыков у больных сосудистыми заболеваниями мозга выступали «в обрамлении» компенсаторных механизмов (которые в свою очередь усложняли картину нарушений). Следовательно, распад навыков носит сложный характер. В одних случаях его механизмом является нарушение динамики, в других — нарушение компенсаторных механизмов, в некоторых случаях нарушается сама структура действия. При всех этих формах нарушений навыков не был обнаружен механизм действия, напоминающий этап развития навыков у ребенка.

К этому же выводу приводит анализ различных форм нарушения мышления. Обратимся к тем формам патологии мышления, которые были нами обозначены как «снижение уровня обобщения». Больные (в основном с грубыми органическими поражениями мозга) могли действительно в своих

суждениях и действиях напоминать детей младшего школьного возраста. В суждениях подобных больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях при выполнении ряда экспериментальных заданий, таких как «классификация предметов», они руководствуются конкретно — ситуационными признаками и свойствами предметов. Обобщенные формы систематизации понятий заменяются конкретными ситуационными связями.

При поверхностном взгляде мышление этих больных является в известной мере аналогом мышления детей-дошкольников, которые тоже опираются на образно-чувственные связи.

Однако при более глубоком анализе вскрывается качественное отличие мышления слабоумного больного от мышления ребенка. Слабоумный взрослый больной не в состоянии овладеть системой новых связей, установить при выполнении умственных заданий непривычные для него отношения между предметами, в то же время он владеет запасом прежних знаний, навыков, которыми он оперирует. Ребенок, не обладая запасом знаний, широким кругом связей, легко образует новые понятия, легко овладевает новой системой знаний. Круг ассоциаций ребенка в процессе его обучения быстро расширяется, его знания об окружающем мире постепенно увеличиваются и усложняются. Хотя мышление маленького ребенка действительно охватывает лишь малую часть явлений, однако в ходе практической жизнедеятельности ребенка оно постоянно совершенствуется; благодаря мощной ориентировочной деятельности, общению с окружающими людьми ребенок быстро усваивает самые различные знания о предметах, накапливает и синтезирует их. Ребенок, даже умственно отсталый, принципиально всегда обучаем, в то время как дементный больной не обучаем.

- Несмотря на внешнее сходство структуры мышления взрослого слабоумного больного и

ребенка, она по существу качественно различается. Нередко проводится аналогия между тем патологическим состоянием, которое может быть названо «откликаемостью» больного, и отвлекаемостью маленького ребенка. Больные с «откликаемостью» не в состоянии стойко действовать в направлении намеченной цели. Любой

объект, любой раздражитель, к больному не адресованный, вызывает повышенную реакцию с его стороны.

Подобная «откликаемость» взрослых больных является отклонением от нормального поведения. В окружающей нас среде всегда имеются объекты, раздражители, из которых нормальный психический процесс отбирает нужные и отвлекается от посторонних, нарушающих стройное течение мысли. У описанных же больных любой объект может выступить в качестве сигнального раздражителя и направить их мысли и действия.

«Откликаемость» взрослых больных может напоминать отвлекаемость детей младшего возраста, которые тоже отвлекаются на любые раздражители. Сторонники взгляда, что болезненные явления представляют собой регресс на более ранние ступени развития, могли бы, казалось, найти в этом феномене подтверждение своих взглядов. В действительности генез «отвлекаемости» ребенка совершенно иной. В ее основе лежит мощная ориентировочная деятельность, высокая степень бодрствования коры, поэтому «отвлекаемость» ребенка обогащает его развитие, она дает ему возможность образовать большое количество связей, из которых вырастает потом человеческая целенаправленная деятельность. «Откликаемость» больных является следствием снижения бодрствования коры, она не только не обогащает их умственную деятельность, но, наоборот, способствует разрушению ее целенаправленности.

И наконец, можно было бы провести аналогию между поведением некритичного больного (например, больного прогрессивным параличом) и беззаботным поведением ребенка. Однако и в данном случае речь идет лишь о чисто внешней аналогии. Поведение маленького ребенка в том отношении бездумно, что он не может в силу маленького объема своих знаний предусмотреть результат своих действий; причинно-следственные отношения между явлениями для него еще не выступают, поэтому его действия кажутся бесцельными. В действительности это не так. Цели, которые преследует ребенок, ограничены, они не включены в более общую сложную цепь отношений, однако эта ограниченная цель у маленького ребенка существует, всякое его действие обусловлено потребностью (пусть элементарной), и в этом смысле оно всегда моти-

вировано, целенаправлено. Эти цели быстро меняются, поэтому его действия кажутся кратковременными манипуляциями.

Иначе обстоит дело у взрослых некритичных больных. Как показывают наш экспериментальный материал и клинические наблюдения, действия больных недостаточно обуславливались личностными установками и намерениями. Цель их действия становилась нестойкой и не направляла их действия, критическая оценка своих действий отсутствует. Таким образом, и эти формы нарушения поведения лишь внешне напоминают структуру поведения ребенка на определенном этапе его развития.

Психологический анализ клинического материала показывает, что структура поведения и мыслительной деятельности взрослого больного не соответствует структуре поведения и мышления ребенка. Если обратиться к закономерности развития психических процессов по этапам детства (младенчество, дошкольный, дошкольный, младший, средний, старший школьный возрасты и т. д.), с одной стороны, и к формам распада, с другой — легко увидеть, что ни одна из болезней не приводит к повторению психических особенностей, свойственных этим этапам. Такое положение вещей вытекает и из общих положений советской психологии. Психическая деятельность возникает рефлекторно на основе прижизненно формирующихся общественно обусловленных связей в результате воспитания, обучения и общения.

Советские психологи (А. Н. Леонтьев, А. Р. Лурия) неоднократно подчеркивали, что материальным субстратом высших психических функций являются не отдельные корковые участки или центры, а функциональная система совместно работающих корковых зон. Эти функциональные системы не созревают самостоятельно при рождении ребенка, а формируются в процессе его жизнедеятельности,

лишь постепенно приобретая характер сложных, прочных межфункциональных связей. А. Н. Леонтьев предлагает (вслед за А. А. Ухтомским) обозначить их как функциональные органы. Эти положения меняют коренным образом наши представления о сущности развития психики: психические процессы и свойства личности не являются (в отличие от психики животных) результатом

созревания отдельных участков или зон мозга. Они складываются в онтогенезе и зависят от образа жизни ребенка.

Психическая болезнь протекает по биологическим закономерностям, которые не могут повторить закономерности развития. Даже в тех случаях, когда она поражает наиболее молодые, специфически человеческие отделы мозга, психика больного человека не Принимает структуру психики ребенка на ранней ступени его развития. Тот факт, что больные утрачивают возможность думать и рассуждать на более высоком уровне, означает лишь, что ими утрачены более сложные формы поведения и познания, но подобная утрата не означает еще возврата к этапу детства. Распад не является негативом развития. Разные виды патологии приводят к качественно различным картинам распада. Как было указано выше, данные распада психической деятельности могут оказаться полезными при освещении вопроса о социальном и биологическом в развитии человека. Ряд исследователей считают, вслед за Э. Кречмером, что психические заболевания приводят к «высвобождению» врожденных инстинктов (агрессивных тенденций) и биологических «низших» потребностей, что деградация личности означает некое «высвобождение» биологических (наследственных) потребностей. Нарушение личности заключается не в освобождении биологических потребностей (потребность в алкоголе или морфии не является ни органической, ни врожденной по своему происхождению), а в распаде строения потребностей, сформировавшихся прижизненно. Деградация личности состоит в том, что меняется строение самой общественно обусловленной потребности: она становится менее опосредованной, менее осознанной, теряется иерархическое построение мотивов, меняется их смыслообразующая функция, исчезают дальние мотивы. Анализ нарушений строения мотивов при некоторых заболеваниях может служить дополнительным аргументом к словам А. Н. Леонтьева (1972), высказанным им за «круглым столом» «Вопросов философии», а именно, что человек «отнюдь не ограничивается тем, что удовлетворяет свои потребности, заложенные неизвестно сколько миллионов лет назад. Он действует ради достижения целей, часто очень далеких от первичных биологических потребностей».

Резюмируя, следует подчеркнуть, что психологический анализ различных форм нарушений деятельности психических больных является ценным материалом, который должен быть учтен при построении психологической теории, особенно при изучении такого сложного вопроса, как строение по-требностно-мотивационной сферы человека. Сказанное отнюдь не означает, что следует выводить закономерности развития и формирования мотивационной сферы здорового человека из закономерностей развития мотивов и личностных особенностей больного, как это делается в психологии личности в зарубежных странах. Наоборот, патологический материал показывает различие в иерархии и смыслообразовании мотивов больного и здорового человека. Исследование аномалий личностной и познавательной деятельности доказывает общее положение советской психологии, что формирование любой формы деятельности не вытекает непосредственно из мозга, а проходит длинный и сложный путь прижизненного формирования, в котором переплетаются восприятие естественных свойств и отношений предметов и явлений, общественный опыт и социальные нормы.

Рубинштейн С. Я.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЭКСПЕРИМЕНТА¹

Одним из основных принципов построения экспериментальных приемов, направленных на исследование психики больных, является принцип моделирования обычной психической деятельности, осуществляемой человеком в

труде, учении, общении. Моделирование заключается в том, что вычленяются основные психические акты и действия человека. И провоцируется, или, лучше сказать, организуется, выполнение этих действий в непривычных, несколько искусственных условиях. Так, например, если одним из типичных интеллек-

¹ Фрагмент из монографии: Экспериментальные методики патопсихологии.- СПб.: Ленато, 1998. - С. 15-19.

туальных процессов учащегося является ориентировка в тексте, его запоминание и краткое воспроизведение, то и эксперимент может состоять в том, что больному предлагают какой-либо ранее ему незнакомый текст, дают ему возможность определенное число раз прочесть его и спустя фиксированное время просят воспроизвести этот текст.

Количество и качество такого рода моделей очень многообразны; здесь и анализ, и синтез, и установление различных связей между предметами, комбинирование, расчленение и т. д. Практически большинство экспериментов заключается в том, что больному предлагают выполнить какую-либо работу, предлагают ему ряд практических заданий либо действий «в уме», а затем тщательно регистрируют, каким способом больной действовал, а если ошибался, то чем были вызваны и какого типа были эти ошибки.

Таким образом, экспериментальные задания строятся по типу общепринятых в медицине адекватных функциональных проб. Для психической, т. е. отражательной, деятельности мозга адекватной функциональной пробой является дозированная умственная нагрузка. При всем многообразии психологических экспериментов общим для них является то, что больному предлагают выполнить то или иное задание по определенной инструкции — задание, представляющее собой модель обычной интеллектуальной деятельности. Вовсе непросто, однако, создать экспериментальный прием, который в подлинном смысле слова моделировал бы суть какой-либо психической деятельности. В области психологии труда, например, создано много приемов и аппаратных установок, в которых копируется внешняя сторона профессионального труда (кабины, пульта управления), но не всегда улавливается самая суть психической деятельности, обеспечивающей успех в той или иной профессии. В патопсихологическом эксперименте должна быть моделирована еще более общая, внепрофессиональная структура деятельности: активная ориентировка в новом, целенаправленность, критичность, содержание ассоциаций.

Кроме того, даже создание принципиально правильной модели тех или иных психических актов еще не означает создание удачного экспериментального приема. Эта модель дол-

жна быть так подана больному, чтобы суть, или сердцевина, исследуемого психического процесса не зависела от намерений больного, была от него во многих случаях скрыта. Это достигается с помощью измененной мотивировки задания. Например, возникает задача исследовать содержание и связность свободных ассоциаций больного, но больного спрашивают о том, может ли он быстро говорить и предлагают «на скорость», как можно быстрее, назвать 60 любых слов. Та же задача выявления содержания и связности ассоциаций больного может быть выявлена методикой пиктограммы. Предлагая эту методику, экспериментатор спрашивает обычно у больного, хороша ли у него зрительная память, и предлагает проверить ее с помощью рисунков, подбираемых к каждому запоминаемому слову. Больной старается запомнить слова, а предметом исследования становятся выбранные больным для опосредования образы.

В другом эксперименте у больного «проверяют слух», а предметом анализа становятся провоцируемые вследствие длительного прислушивания к тихим звукам вербальные слуховые обманы. <...>

Вторым принципом построения патопсихологического эксперимента является направленность на качественный анализ психической деятельности больных. Для толкования экспериментальных данных существенно не то, решена или не решена предложенная больному задача; существенно не то, сколько процентов предложенных задач выполнено, а сколько нет. Лишь в редких, специально направленных заданиях ограничивается время их выполнения. Главными для толкования экспериментальных данных являются качественные показатели, т. е. те показатели, которые свидетельствуют о способе выполнения

заданий, о типе и характере ошибок, об отношении больного к своим ошибкам и критическим замечаниями экспериментатора. <...> Принцип качественного анализа не следует понимать как нечто противоположное количественной статистической обработке данных. При апробации всех экспериментальных методик такая количественная обработка обязательно проводится, но подсчитываются способы выполнения заданий или ошибки и их типы. Так, например, исследование, проведенное Б. В. Зейгарник, показало, что при использова-

нии метода пиктограммы у больных шизофренией рисунки в 64 % случаев носили бессодержательный, формальный характер. В «классификации предметов» ошибки больных по типу конкретных ситуационных сочетаний встречались в 95 % случаев при олигофрении и только в 9 % случаев при шизофрении. Таким образом, количественные показатели являются обязательным условием качественного анализа данных. Противопоставить качественному анализу можно лишь измерительный характер тестов, попытки измерить коэффициент ума или иного свойства психики путем подсчета количества правильно решенных задач.

Излишней и просто невозможной при исследовании психически больных является чрезмерная стандартизация условий исследования, ограничение времени. Напротив, желательной, нужной оказывается помощь экспериментатора испытуемому, индивидуальный подход к нему в процессе исследования. Совместное преодоление ошибок, возникающих у больных в процессе выполнения экспериментальных заданий, учет того, какая помощь оказалась больному необходимой и достаточной, представляет наиболее интересный и показательный материал. Лишь в отдельных случаях сохраняет значение измерительный характер исследования: при анализе утомляемости, психического и моторного темпа.

- Третий принцип, положенный в основу всех экспериментальных приемов, очень прост и вытекает из самого смысла слова «эксперимент». Эксперимент требует точной и объективной регистрации фактов. При всех вариациях и видоизменениях конкретных методических приемов недопустимо сводить эксперимент к свободной беседе с больным или ограничиваться субъективной интерпретацией экспериментальных данных. Разумеется, эксперименты, которые проводятся с психически больными, заведомо не могут быть столь точными и безупречными, как эксперименты в общей психологии. Психически больные не только нарушают порядок работы, предусмотренный инструкцией, но иногда и вовсе не так действуют, как должно, обсуждают и комментируют пособия, вместо того чтобы раскладывать их соответствующим образом, прячут их в карманы, выполняют действия, прямо противоположные

тем, о которых их просят. Однако все эти искаженные, не соответствующие инструкции действия больных не являются «срывом» эксперимента. Они представляют собой ценный экспериментальный материал, который может оказаться продуктивным и важным для анализа психики больного, при условии, если все, что происходило во время эксперимента, было тщательно запротоколировано. И наоборот, какими бы интересными и яркими ни оказались результаты применения экспериментальных приемов, если не было во время опыта тщательного протокола, опыт можно считать сорванным. Совершенно недопустимо вести эксперимент без протокола; протокол — такое скучное, казалось бы, понятие — является «душой» эксперимента. Даже если высказывания больного записываются с помощью магнитофона, протокол все равно следует вести, так как нужно еще записать действия больного с пособиями, его эмоциональные реакции и т. д. <...>

Каждый эксперимент должен дать объективно зарегистрированные конкретные данные, которые могут быть повторно получены и другим экспериментатором и с помощью каких-либо иных, контрольных опытов.

Таковы общие принципы построения патопсихологического эксперимента.

Следует также указать способы варьирования условий эксперимента. Первый способ заключается в варьировании ситуации, в которой находится больной. Так, например, можно с экспериментальной целью поместить больного в специально оборудованную комнату, положить около него какие-то предметы (например, около маленьких детей — игрушки), регистрировать поведение больного в абсолютной тишине и в условиях специально создаваемого шума или словесных раздражителей. Второй способ заключается в искусственном варьировании деятельности больного. Например, для изучения состояния памяти больному предлагают заучивать что-либо; для изучения мышления его вынуждают решать разного рода задачи. Варьируется характер предлагаемой больному деятельности, варьируется ее трудность. Третий способ заключается в искусственном варьировании состояния больного путем специальных (не терапевтических) лекарственных воздействий.

IV

Клиническая психология и психотерапия

Основные темы и понятия раздела

- *Психотерапия как система средств воздействия на психику человека в целях восстановления его здоровья*
- *Групповая психотерапия в комплексном лечении больных неврозами*
- *Некоторые методологические и методические вопросы реабилитации больных*
- *Психотерапия в России: ретроспектива и задачи дальнейшего развития*
- *Задачи и механизмы лечебного действия личностно-ориентированной психотерапии*

Мясищев В. И.

ПСИХОТЕРАПИЯ КАК СИСТЕМА СРЕДСТВ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПСИХИКУ ЧЕЛОВЕКА В ЦЕЛЯХ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЕГО ЗДОРОВЬЯ¹

Психотерапия как система опирается на теорию, а теория влечет за собой практику, которой она проверяется, укрепляется и развивается. Различные теории психотерапии имеют свою методологию. Психотерапия в нашей стране в своем развитии использует прежде всего опыт советской социальной психологии, психологии, физиологии, невропсихиатрии, опирающихся на методологию диалектического и исторического материализма, однако в силу чрезвычайной сложности предмета она еще недостаточно разработана. Некоторые существенные положения, вытекающие из указанных наук, следует отметить. Человек является продуктом общественного развития, звеном в системе общественных отношений, но вместе с тем сознательным, способным к самостоятельным действиям и ответственным поступкам, т. е. является личностью.

Все живое развивается. Человек представляет существо, достигшее в процессе развития наиболее высокого по сравнению с другими живыми существами уровня. Этот высший уровень характеризуется образованием у человека сознания. Основы нашего понимания психики человека даны основоположниками марксизма-ленинизма. Высокий уровень развития, которого достиг человек, является результатом совместного труда и общения людей, создания орудий труда и речи как средства общения. Язык стал основой развития мышления как высшего уровня отражательной способности.

По мере исторического развития человека его связи с окружающим становились все более сознательными, человек в его осознанных связях с людьми стал личностью, являющейся

Психотерапия при нервных и психических заболеваниях /Под ред. Карва-сарского Б. Д. — Л.: Ленинградский научно-исследовательский институт им. В. М. Бехтерева, 1973. - С. 7-20.

высшим психическим образованием, о сложности и структуре которого немало писалось как у нас в стране, так и за рубежом. То же относится к динамичности и развитию всего психического и особенностей личности. Говоря о личности, нужно коснуться ряда спорных и еще неясных вопросов. Коснусь двух проблем. Я только что определил личность как психическое образование. Каждый психолог эпизодически встречается с этим понятием или термином потому, что хотя в систему учебной психологии оно не вошло, но оказывается полезным и нужным. В известном руководстве по общей психологии С. Л. Рубинштейна мы находим две основных категории психического: психические процессы и свойства личности. Н. Д. Левитов правильно указал на необходимость учета третьей категории — состояний. Это понятие было безоговорочно принято в учебной психологии, тем более что оно давно существовало в психиатрии и психопатологии. Достаточно ли, однако, этих трех понятий, особенно для включения в психологию ряда сложных психологических фактов? Например, сама личность: к какой категории может быть отнесена? Не касаясь принадлежности личности как понятия к ряду наук, мне представляется ясным, что личность прежде всего является и остается психологическим понятием, хотя законно включается и в систему философии, истории, социологии, психиатрии и других наук. Однако ее нельзя отнести ни к одной из трех перечисленных выше и принятых категорий. Она является высшей интеграцией, и потому ни одно из частных определений и ни один частный признак к ней не подходят. Она не процесс, не свойство, не состояние. Это заставляет пересмотреть систему психических категорий. Не входя здесь в дискуссию, отметим, что личность, и как индивидуальность, и как тип, является *образованием sui generis*, фенотипическим результатом генотипических и паратипических условий. Врожденное — генотипическое — в процессе жизни обогащается онтогенетическим опытом. Опыт не есть процесс, а остающиеся от опыта следы представляют все расширяющийся потенциал, реализуемый в дальнейшей деятельности организма. Чем выше организм и чем более богат содержанием (новой информацией) его опыт, тем шире, богаче, глубже потенциал — возможности его дея-

тельности. Поэтому давно принятый принцип В. Джемса должен быть дополнен: психика не только процесс, но и потенциал, реализуемый в каждом акте деятельности. С каждым шагом процесса развития этот потенциал нарастает. В спиралевидном процессе развития каждый процесс переходит в потенциал, обогащает потенциальный фонд, а потенциальное реализуется в реальных процессах. Мышление представляет процесс, а ум или интеллект — это потенциал. Восприятие — это процесс, а образ — это потенциал, деятельность — это процесс, а знание и умения — это потенциалы. Качество деятельности и количество ее зависят от умения и знаний, способностей, старания, ответственного отношения к обязанностям, а старание и ответственное отношение, в свою очередь, зависят от сознания долга и его выраженности у индивида. Очевидно, процесс обязательно связан со сложной суммой, лучше сказать, интегралом потенциальных компонентов. Сложность вопроса и психологическая трудность заключаются в том, что потенциал всегда скрыт — латентен. Его наличность всегда определяется предположительно (вероятностно), а процессуальное может быть явным и скрытым, причем явное может не соответствовать скрытому (например, когда человек говорит не то, что думает). <...>

Существеннейшая роль понятия *отношения* не только как философской, но и научно-психологической категории как психического образования неоднократно указывалась мною. Она достаточно усвоена в педагогике, несколько меньше в медицине и криминологии и совсем недостаточно в области науки о труде, которую я давно (в 1921 г.) предложил называть *эргологией*, а сейчас, по-видимому, в силу малой осведомленности о литературе того времени, предпочитают пользоваться заимствованным с Запада термином эргономика. Здесь почти совершенно не изучается вопрос о роли отношения в производительности труда и в управлении производством, хотя в повседневной практике и в общественно-производственной пропаганде роль отношения постоянно подчеркивается. Отрыв психологической науки от практики в этом случае остро чувствуется. Изложенное позволяет в потенциальном явно различать потенциал отражения (знания, умения, навыки) от потен-

циала отношения (потребности труда, сознания его необходимости, трудовых обязанностей, ответственности и долга).

Как видно из изложенного, латентные потенциальные потребности и по своему психологическому значению и по своей доступности познанию различны. Одни, как знание, умение, навык, представляют потенциал отражения объективной действительности, другие — потенциал субъективной избирательной активности, отношение.

Недостаточная разработанность проблемы отношения требует не просто приложения его к педагогике и другим психологическим технологиям этой категории, но специальной общей и дифференциальной разработки ее в психологии, на что я неоднократно обращал внимание. Помимо недостаточной разработки, следует обратить внимание на отграничение ее и связь с близкими, но не тождественными понятиями. Сюда относится направленность. Понятие направленности, введенное в психологию В. Штерном, представляет собой доминирующее, т. е. господствующее и определяющее отношение. Это понятие необходимое, сравнительное и относительное. <...>. Я неоднократно также пользовался и пользуюсь термином значимость. Специальному изучению он подвергся в работах П. Ф. Добрынина. В преимущественно социальной психологии в последнее время встречается термин *ценностная ориентация*, соответствующий понятию оценочных отношений. Известному австрийскому психологу А. Адлеру принадлежит вытекающий из его понимания термин «позиция», которым я иногда пользовался и которым до сих пор пользуются некоторые наши авторы, особенно Л. И. Божович и ее сотрудники. Заслуживает также внимания понятие установки Д. Н. Узнадзе, т. е. готовности человека к определенной реакции — бессознательной и основанной на потребности. Во всех этих понятиях еще нет полной согласованности, но видны поиски целостного и обобщающего подхода к исследованию человека в связи с окружающей его по большей части социальной средой. Здесь я не собираюсь осуществлять ни анализ, ни критику перечисленных понятий, хочу только обратить внимание на то, что они приоткрывают дверь в пока еще очень узкий, но необходимый мир синтетических категорий. К ним относится и по-

нятие *общения*. Общение представляет собой прежде всего процесс взаимодействия между людьми. Но для того чтобы определить его, необходим многосторонний знак общения (+ или -), указание на содержание ситуации и эмоционально-интеллектуальных отношений, называемых доверием или недоверием, требуется учет сложной диалектической динамики разных ступеней этого взаимодействия.

Оно порождает состояния удовлетворения или неудовлетворения с одной или с двух сторон, создает потенциалы дальнейшего тяготения (потребности) к общению и поиску встречи с партнером или раздражения и других эмоциональных состояний, избегания его. Язык этого взаимодействия при встрече двух индивидов, индивида и малой группы, больших групп и т. п. разнообразен. Возникает вопрос, что же делать в этом сложном и трудном положении. Законность анализа позволяет отделять процессы от отношений, деятельность от деятеля. Жизнь предстает перед нами во всей сложности ее соотношений. Это заставляет нас прежде всего считать, что всякая процессуальная абстракция может отрываться от деятеля и его отношения к деятельности.

Говоря об общении как взаимодействии, разумеется, нельзя забывать, что здесь мы в первую очередь встречаемся с социальной его формой, чрезвычайно показательной для социального лица человека. Давняя и, я бы сказал, простодушная характеристика была дополнена тонким художником-психологом Э. Кречмером, указавшим качество, которое он назвал избирательной общительностью. Уместно, однако, сказать о том, что представление о процессуальной характеристике только как формальной, а о характеристике отношений как обязательно содержательной, не совсем правильно. Это — единство процесса и отношений. Если сказать про человека, что он общителен, то это значит почти ничего не сказать, так как необходимо указать предмет и цель общения. Человек, кажущийся необщительным, в интересных ему вопросах, в вопросах значимых и для него существенных оказывается очень общительным. Этот пункт важен в педагогике, в криминалистике, в медицине. В жизни он связан с понятием «умелого подхода» в тех случаях, когда требуется и удается добиться ис-

кренного, откровенного общения. Процесс признания представляет общение с передачей другому интересных, важных, скрываемых «жгучих» переживаний. Разумеется, что понимание человека основывается не только на его намерениях и внешних проявлениях, но и на проявлениях произвольных и скрытых, особенно на скрываемых, утаиваемых из-за стыдливости и по другим мотивам интимных переживаний. Этот последний момент недостаточно учитывается. Между тем параметр глубины или поверхностности общения является важнейшим моментом в характеристике человеческих отношений, или, как теперь нередко, но неверно выражаются, личностных отношений, которые в целях продуктивного руководства как индивидом, так и коллективом нужно не только констатировать, но и генетически освещать. Это генетическое освещение не только позволяет понять личность, но и правильно к ней подойти, значит, понять не только особенности настоящего в свойствах личности, но знать их возникновение и историю тех взаимодействий и отношений, в которых они возникли.

Корни невроза, как и особенности личности, закладываются в раннем детстве. Поэтому раннее детство является возрастом, который должен быть учтен в гигиене и профилактике нервно-психических заболеваний детского возраста и особенно детских неврозов. В настоящее время на Западе, а также и у нас все большее распространение получает семейная или семейная психотерапевтическая консультация. Отсылая по этим вопросам к работам В. К. Мягера, замечу, что эта важнейшая область у нас только начинает разрабатываться и в психоневрологических диспансерах, которые должны явиться основной базой этой работы, по большей части еще не осуществляется, представляя актуальную задачу будущего. Здесь следует сказать о психотерапии детского возраста. Наиболее доступны пониманию невротические реакции детского возраста. Если в отношении здоровых детей пользуются (и притом эффективно) способом уговаривания, то у детей-невротиков он прежде всего и используется. Здесь, конечно, выступает на первый план внушение. Можно воспользоваться и методом самовнушения путем повторения формулы самовнушения вначале с врачом, а в дальнейшем и без него. Врачебное внушение осу-

ществляется в бодрственном состоянии и в гипнозе. По поводу гипноза могут высказываться соображения о противопоказанное™ его в детском возрасте. Хотя лица, применявшие его у детей, сообщают, что вредных последствий от его применения они не замечали, научному изучению вопрос о возможности (точнее, о безвредности) применения гипноза в детском возрасте не подвергался. В школьном возрасте к конфликтам семейного характера добавляются противоречивые ситуации во взаимоотношениях с коллективом, с задачами школьной работы, с разнообразными ответственными обязанностями школьника, взаимоотношениями с педагогами. Узко личные отношения и взаимоотношения обогащаются отношениями с группами, коллективами — школьными организациями, с общественными (пионерской, комсомольской) организациями, с педагогическим «коллективом». Если ранее мы встречаемся с патологией темперамента, аффективными реакциями и их истерической гипертрофией, то на школьном этапе развития ясно выступают все формы реакций как скоро преходящих психогенных болезненных состояний, а в старших классах уже могут возникать и сложные психогенные образования, такие как obsessions, сложные характерологические образования, противоречия притензий и способностей, честолюбия и неуверенности в себе, долга и влечения. Существенным фактором является половое созревание, которое в зависимости от истории и условий развития может создавать конфликты, выражаться в мастурбации, в мечтах эротического и романтического характера, нарушать систему обязательной деятельности как семейно-бытового, так и общественно-производственного характера. Невротические состояния тревоги и страха, тревожной мнительности, обидчивости и

взрыв
частот
и в
завис
и-
мости
от
темпе
рамен
та,
реали
зуясь
в той
или
иной
форме
, в той
или
иной
семей
но-
бытов
ой или
учебн
о-
произ
водст
венно
й
ситуа
ции,
вызыв
ают
по
разли
чным
повод
ам
остры
е,
часто
не-
адекват
ные
реакц

ии эмотивного характера, переходящие в со-
стояния невроза и углубляющиеся при
непонимании со стороны окружающих.

К периоду зрелости человек приходит с такой
структурой личности, в которой уже могут быть
черты невротичности.

Заслуживает внимания и правильной критической оценки выделение Г. Айзенком свойства или параметра невротичности в чертах нормального типа. Эта ошибка патологизации нормы некритически повторяется у нас и заслуживает внимания в двух планах. Во-первых, нельзя патологический комплекс делать основой деления в нормальной типологии; во-вторых, признание патологии нормой, отражая статистический подход к действительности, показывает и ошибочность односторонне статистического подхода, который в данном случае патологию социальных условий пытается замаскировать, признав индивидуальную патологию нормой. В связи с этим нужно указать еще на одну типичную ошибку. Исследование неврозов детского возраста показывает огромную роль в их формировании, а также в образовании пресловутой невропатической конституции (иначе неврозности или невротизма) ненормальных и прямо патогенных семейных условий. В последнее время работы Дж. Морено привлекли внимание к изучению микросреды и ее значению в формировании личности. Ошибкой или тенденцией этих взглядов является недооценка связи микро-и макросоциологии и сосредоточение внимания на деталях при игнорировании основных общих условий, формирующих и микроусловия, и личность с ее отношениями к тем и другим условиям, со всеми ее особенностями. Понятно, что разрыв макро- и микросоциологии определены социальным строем, в котором возникла теория Дж. Морено, но нам следует это отчетливо понимать. Формируя правильное понимание методов психотерапии, невольно приходится не только и, к сожалению, не столько говорить о достижениях отдельных концепций, но и критически освещать представляющиеся нам ошибки.

В этом плане надо несколько слов сказать о довольно распространенной сейчас *психотерапии поведения*. В известной степени этот термин отражает борьбу бихевиоризма с субъективно-идеалистической психологией. Так как ошибки механо-бихевиоризма хорошо известны, то сейчас можно говорить о психобихевиоризме. Психотерапевтическая литература это различие не подчеркивает, но указывает два корня этого направления: с одной стороны, Е. Торндайк, Дж. Уотсон, И. П. Павлов. Развитие психотерапии в этом направлении Г. Айзенк

называет бихевиор-терапией, а А. Бандура более точно, бихе-виористической психотерапией. Другое направление связано с теорией научения. Близость обоих направлений ясна, так же как и свойственная обоим объективность. Однако в этих концепциях внутреннее недооценивается. Отвергая псевдонаучные фантазии внутреннего субъективной психологии, они часто подменяют объективное внешним, уплощают и упрощают понимание, утрачивают основную задачу нахождения внутреннего во внешнем и изучения человека и его болезни в единстве внешнего и внутреннего. Успех терапии этого направления невелик, а достижения в основном объясняются не их теорией, а теми обстоятельствами, о которых мы скажем ниже. Прежде чем перейти к нашим позициям, я остановлюсь на двух направлениях, касающихся важных сторон психотерапии. Одно из них — это направление К. Роджерса, называемое *недирективной психотерапией*, а также психотерапией, *центрированной на клиенте*. Наиболее полное популярное изложение этой системы содержится в работе К. Роберте и М. Кин-гет, изданной в 1966 г. на французском языке в двух томах. Если идея самостоятельности пациента в значительной степени ясно обрисовалась уже в технике психоаналитической терапии, а собственно директивная техника ограничилась областью суггестивной терапии и практикой неопытных психотерапевтов, то возведение в принцип и последовательное проведение там, где это возможно, недирективной психотерапии является, несомненно, положительной стороной системы К. Роджерса. Также следует указать, что центрирование на субъекте правильно в том смысле, что подчеркивает роль в патогенезе невроза не ситуации, физического состояния, а особенностей личности или даже переживаний, являющихся производным от личности и ее отношений. Самым главным, близким нам является связь психотерапии К. Роджерса, нашедшая отчетливое выражение в последней работе К. Роберте и М. Кин-гет, с понятием отношения, достаточно не учитываемого другими авторами. И содержание этой работы и ее название отчетливо выражают понимание роли отношений человека в психотерапии. Само название упомянутой книги: «Психотерапия и человеческие отношения» отчетливо выражает это.

В работе недостает только развернутого понимания социальных отношений, на основе которых вырастают индивидуальные отношения.

В связи с этим нельзя не упомянуть о методике психодрамы Дж. Морено. Этот чрезвычайно продуктивный автор обогатил и приемы психологического исследования, предложив методику предпочтения в работе, дружбе, развлечениях, быту. Он предложил и оригинальный метод психодрамы как метод психодиагностики и суггестивной катарктической психотерапии. Однако учета истории больной личности, генеза ее нарушенных отношений им не дано, так же как не дано освещения связи микросоциальных и определяющих их макросоциальных условий.

Все названные мною концепции лишь упомянуты как в их положительных сторонах, так и в представляющихся мне ошибочными. Их более глубокий анализ невозможен в рамках данной статьи и не входит в ее задачу.

Попытаемся, учитывая изложенное, сформулировать основные положения нашей концепции. Я говорю о нашем понимании неврозов и психотерапии, потому что это понимание сложилось в совместных исследованиях с рядом сотрудников. Из работавших и работающих в организованном мною в психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева отделении неврозов и пограничных состояний укажу Е. К. Яковлеву, Е. Е. Плотникову, Р. А. Зачепиского, Б. Д. Карвасарского, В. К. Мягер, В. В. Бобкову, М. Н. Бобровскую. Мы присоединяемся к тем психотерапевтам, которые говорят о комплексном методе лечения неврозов, но решительно отмежевываемся от неразборчивого пользования этим термином. Так, признавая значение психофармакологии и других средств лечебной химии, а также сил природы, считаем их вспомогательными и категорически возражаем против подмены ими психотерапии, что, к сожалению, нередко делается. Основа психотерапии — знание личности и ее отношений как внутреннего невротического декомпенсации; ее слабых, уязвимых мест, определяющих и непреодолимую для нее к моменту декомпенсации сторону внешних условий; правильное решение вопроса о направлении, способах и наиболее эффективных

методиках воздействия мы ищем в познании личности и ее онтогенеза.

Всякая терапия рациональна, если она дает нужный лечебный эффект. Выдвинутый П. Дюбуа термин «рациональная психотерапия» в этом смысле бесспорен, так как он противопоставлялся гипнозу. Однако в психотерапии он существует в двух вариантах формирования у больного правильных представлений о болезни: а) разъяснения или логического доказательства неправильности представлений и реакций больного и правильного здорового понимания его положения; б) переубеждения больного или формирования у него правильных убеждений. Разъяснение, апеллирующее к рассудку больного, обычно малопродуктивно и в лечебном плане малорезультативно. В лучшем случае оно сопровождается грустным признанием больного: «Я понимаю, доктор, но справиться с этим не могу». Убеждение не только формирует правильное представление, но и обеспечивает действенность, регуляторную силу правильного представления. Эта сила возникает по мере того, как реорганизуется личность и система ее отношений к действительности. Реорганизация характеризуется тем, что ранее важное утрачивает свою значимость, возникают и начинают определять общественно адекватное поведение и переживания другие значимые мотивы. Меняются взгляды, убеждения и отношения. Психотерапия касается коренных отношений личности. Бывшие больные говорят: «Я стал иным, я стал по-новому смотреть на действительность, я точно вновь родился».

Принцип лечения методом психотерапии заключается в переделке личности в процессе общения и совместного труда и быта. Эта формула, конечно, вызовет удивление. Это до такой степени неожиданно, что, я понимаю, может показаться чудачеством, и я сейчас не рассчитываю на полное и последовательное ее

осуществление. Отмечу только, что примером осуществимости и осуществления этого в стационарных условиях является вся творческая работа А. С. Макаренко. На его блестящий опыт мне не раз приходилось ссылаться, хотя я формально не являюсь его учеником и свою концепцию сформировал в основном до или одновременно с публикацией его

замечательных Трудов. А. С. Макаренко жил, трудился и воспитывал, трудясь вместе со своими воспитанниками. Мне скажут, что опыт А. С. Макаренко — это педагогика. Конечно. Но я позволю себе сослаться на самого А. С. Макаренко, который пишет, что среди его воспитанников были истерические субъекты, и они выравнивались, перевоспитывались, становились полноценными людьми. Психотерапия представляет пограничную зону, в которой сочетается лечение, восстановление и воспитание человека. Тому, кто занимался психотерапией, хорошо известна воспитательная и восстановительная роль психотерапевтической практики, но я хотел бы подчеркнуть еще и творчески преобразовательную роль психотерапии, создающей из изуродованного и измученного человека полноценного гражданина и деятеля.

Приближение к идеальной цели, которую я указал, отчасти возможно и сейчас. В наших условиях и медицина, и психология значительно прогрессируют. Вопросы лечения неврозов и психотерапии — это вопросы прикладной психологии и именно медицинской психологии, психогигиеническое и связанное с этим экономическое значение которой будет возрастать не только в области медицины, но и в области педагогики, производства в самых различных планах. Соответственно этому можно ожидать улучшения психологической и психотерапевтической подготовки врача как специалиста-невропсихиатра, так и врачей медсанчастей производства.

Стационар окажется необходимым лишь для тонкой диагностико-клинической и экспериментальной, в том числе медико-психологической и психофизиологической, работы с больным. <...> Основой лечения большинства неврозов должна явиться диспансерная сеть. Психоневрологи и психотерапевты диспансеров должны работать в тесном контакте с психологически и психотерапевтически грамотными врачами производственных, управленческих, педагогических, военных и других учреждений. Ночные и дневные стационары, санатории должны иметь подготовленный старший, средний и младший персонал. В ряде психиатрических учреждений Запада лечебное обслуживание больных обеспечивается тройкой: врач-психиатр, психолог и социальный работник. Эта триада, хотя и кажется обременительной, но на практике себя оправдывает.

В перспективе мне представляется, что лечебное обслуживание невротиков и других психогений должно опираться на триаду: психотерапевт, психолог и начальник цеха или отдела организации, к которой принадлежит больной. Все эти соображения могут показаться фантастическими для непонимающих скептиков, особенно для не знающих ущерба, который наносят производству и экономике невроты, о чем будет сказано ниже.

Процесс психотерапии для своей успешности требует формирования соответствующего отношения к нему больного. Оно выражается прежде всего *привязанностью и уважением к врачу*. <...> Процесс психотерапии складывается из нескольких этапов. Врач в беседе с больным создает первый ориентировочный набросок истории его развития и патогенеза его болезни. В беседах с больным, собирая сведения о нем и его ситуации, врач должен, отнюдь не придерживаясь инквизиторски-следовательского тона, не только выражать сочувствие и готовность помочь больному, но и по мере сил подкрепить свое словесное участие деловой готовностью помочь больному некоторыми первоначальными мероприятиями в связи с его жалобами по линии семьи, производства и т. п. Только подкрепление сочувствия делами помощи формирует доверие и расположение к врачу. В этом периоде первоначального успокоения и облегчения, за счет изъятия больного из психотравмирующей обстановки, производится объективное исследование ситуации дома и на производстве, осуществляются вспомогательные фармакологические и другие формы укрепляющего и успокаивающего воздействия. Во второй фазе производятся более глубокие, точнее, углубляющие, целенаправленные исследования, больной включается в активирующий режим, он подвергается экспериментальному лабораторному исследованию, привлекается к групповым мероприятиям. Третья фаза — это развернутое лечение, как индивидуальное, так и групповое. К этому времени должен быть сформулирован диагноз болезни, выяснены особенности личности и патогенной ситуации. Последним, четвертым периодом является фаза включения больного в быт и труд, которое правильнее производить в диспансере. В зависимости от общих условий семейных отно-

шений на этот период больного можно переводить в ночной стационар. Конечно, конкретные детали могут варьировать. Выбор методики лечения определяется не только характером болезни, но и задачей, которую ставит перед собой терапевт. Задачей может быть устранение декомпенсирующего симптома или симптомокомплекса. Наиболее быстрым здесь является эффект от внушения. Замечу, впрочем, что самый термин «экспресс-метод», к которому, естественно, тяготеют и больные, и врачи, неадекватен для психотерапии, и там, где получилось быстрое и эффективное снятие симптома, для действительного и прочного успеха требуются повторные усилия для закрепления результата.

В качестве очень важного положения следует подчеркнуть, что врачи часто недооценивают двух общих всем методикам психотерапии моментов. Во-первых, это самоизлечение больного. Без энергии этого стремления к излечению с болезнью не может справиться даже самая эффективная «директивная» гипнотическая терапия. Самопреодоление психогенной декомпенсации является показателем аутопсихотерапевтической способности. В ряде случаев больные, по их словам, «сами справляются с собой и приводят себя в порядок», но во многих случаях они нуждаются в помощи, иногда совершенно беспомощны и требуют огромного самоотверженно-терпеливого труда врачей. Во-вторых, чем более заболевание является реактивным, тем легче проявления его снимаются с помощью директивно-суггестивного метода. Но чем глубже укоренилась болезнь в отношениях и характере личности (обычно при неврозах развития), тем более требуется перевоспитание и переубеждение личности, опирающееся не только на рациональные, но и на эмоциональные и волевые компоненты, на реорганизацию личности в целом. Подытожу особенности нашей концепции психотерапии. Она опирается на три основных источника. Это марксизм-ленинизм как методологическая, теоретическая и эмпирическая основа, современная отечественная физиология и советская материалистическая психология. Наша психотерапия патогенетическая не только в плане биогенеза, но и психосоциогенеза, так как изучает историю развития больного в общественных и индивидуальных условиях.

Она — антропогенетическая, психогенетическая и персоноге-нетическая. Преодолевая ошибки антропологизма нашего великого ученого и мыслителя Н. Г. Чернышевского и замечательного нашего педагога К. Л. Ушинского, мы солидарны с Б. Г. Ананьевым в понимании антропогенеза как особенности и своеобразия развития общественного человека. Психогенез, достаточно освещенный в научной литературе, не нуждается в пояснении, хотя требует углубления в понимании прежде всего диалектики взаимодействия психических и психофизиологических процессов с психическими образованиями, в частности, с отношениями, создающими ту патогенетическую и психогенетическую спираль при неврозах, которая свойственна человеческому уровню развития, характера которого мы неоднократно касались ранее. Персоногенезом мы считаем развитие высшего, свойственного только человеку уровня психики, называемого его личностью. Современная психология сформировала понятие личности, но достаточно не отграничила внутри психического те стороны, которые характеризуют личность. Мне уже приходилось касаться этого вопроса, здесь это разграничение особенно важно потому, что психогенные заболевания происходят вследствие конфликтов личности с общественно-обусловленной действительностью, а лечение, особенно неврозов развития, требует переделки личности. Капитальными свойствами личности являются: *сознательность* как способность человека отдавать отчет о действительности не только настоящего, но прошедшего и будущего, *социальность* в человеке, способность подчинять собственные интересы общим, *самостоятельность*, способность управлять своим поведением согласно идейно-принципиальным требованиям. Здесь нет возможности развивать эти вопросы, но мой более чем полувековой опыт, который связан с изучением, говоря словами поэта, «тревог и бед толпы людской грядущих, прошлых поколений», показывает, что эти сугубо личностные черты, недостатки их развития в той или иной из многочисленных комбинаций являются причинами невроза в трудных, вызывающих перенапряжение социальных условиях. <...>

Карвасарский Б. Д.

ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: ЗНАЧЕНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕВРОЗАМИ¹

Проблема неврозов и их лечения приобретает все большее значение в качестве специфической проблемы XX в., привлекающей к себе внимание медицинских и социальных наук.

Это объясняется прежде всего значительной распространенностью психогенных заболеваний в населении [20-30 % согласно приводимым в литературе данным (Вельвовский, 1973; IV Международный симпозиум по реабилитации психически больных, 1974)]. Невротические реакции, представляющие собой основу для возможного возникновения невроза, наблюдаются у 70 % практически здоровых людей (Кузнецов, 1974). И хотя эти цифры являются ориентировочными и во многом определяются методологией исследований (в связи со спецификой и сложностью проблемы «здоровье—болезнь»), они, однако, убедительно свидетельствуют о значении проблемы неврозов не только для медицинской, но и в целом социальной практики человека. Количественное и качественное изменение основных этиопатогенетических факторов, обусловливающих развитие неврозов (трудности адаптации к постоянно возрастающему динамизму современной жизни, тенденция к многомерности личностных конфликтов и др.), делает настоятельно необходимой разработку новых и усовершенствование существующих методов терапии и организационных форм лечебно-профилактической помощи больным неврозами.
<...>

Клинические, физиологические, психофизиологические и психологические аспекты патогенетической концепции неврозов представлены в многочисленных работах как самого

¹ Групповая психотерапия при неврозах и психозах/Под ред. Б. Д. Карвасарского и В. А. Мурзенко — Л.: Ленинградский научно-исследовательский институт им. В. М. Бехтерева, 1975. — С. 19-26.

В. Н. Мясичева, так и его учеников и последователей в нашей стране и за рубежом, и нет необходимости на этом останавливаться. Следует лишь (что существенно для дальнейшего изложения) акцентировать внимание на тех целях и задачах, которые традиционно решались в системе патогенетической психотерапии и которые в полной мере отражали теоретическую и практическую направленность концепции.

Это, во-первых, глубокое и всестороннее изучение личности больного, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, специфики формирования, структуры и функционирования его системы отношений; во-вторых, выявление и изучение этиопатогенетических механизмов, способствующих как возникновению, так и сохранению невротического состояния и симптоматики; в-третьих, достижение у больного осознания и понимания причинно-следственной связи между особенностями его системы отношений и его заболеванием; в-четвертых, изменение отношений больного, коррекция неадекватных реакций и форм поведения, что является главной задачей психотерапии и, в свою очередь, ведет к улучшению как субъективного самочувствия больного, так и к восстановлению полноценности его социального функционирования.

На протяжении длительного периода достижение указанных целей осуществлялось методом индивидуальной патогенетической психотерапии. Положение существенно не менялось периодическим обращением к отдельным приемам коллективной (по терминологии авторов) психотерапии, так как ей отводилось место хотя и важного, но дополнительного к индивидуальной психотерапии средства лечения больных неврозами. Система межличностных групповых взаимоотношений и ее психотерапевтический потенциал использовались весьма ограниченно.

Вместе с тем представление о неврозе «как болезни личности, возникающей вследствие конфликта человека с окружающей действительностью, разрушающего его социальные связи, изолирующего его» (Мясичев, 1960); признание важности того положения, что индивидуальная система отношений может быть сформирована и реализована только в процессе межличностного общения; возрастающее значение последнего в связи с изменением самой структуры этого процесса под влия-

янием закономерностей социального и экономического развития общества не могли не привести к углублению и расширению ряда теоретических аспектов патогенетической концепции неврозов, а в лечебно-практическом плане к интенсивной разработке новых эффективных методов их лечения, в качестве которых на данном этапе закономерно выступают методы групповой психотерапии. <...>

Одной из наиболее актуальных в настоящее время задач дальнейшего развития системы патогенетической психотерапии неврозов является разработка таких методов групповой психотерапии, которые позволили бы осуществить цели восстановления нарушенной системы отношений и перестройки личности больного путем воздействия на все основные компоненты отношения: познавательный, эмоциональный и поведенческий. Таким методом, в частности, является психотерапевтическая группа, работа которой строится на использовании закономерностей групповой динамики и ориентируется на максимальное стимулирование активности каждого из ее участников.

В отличие от традиционно существующих форм группового психотерапевтического воздействия (групповой гипноз, аутотренинг, рациональная психотерапия в группе и пр.), в которых связь «психотерапевт—больной неврозом» многократно дублируется, в то время как система межличностных взаимоотношений больных остается в целом неизменной, при этом методе реализуется возможность восстановления таких определяющих качеств личности, как сознательность, самостоятельность и социальность.

Патогенетическая природа этой формы групповой психотерапии определяет достижение конечного терапевтического и реабилитационного эффекта в соответствии с сформированными выше целями и задачами системы патогенетической психотерапии посредством, с одной стороны, осознания и понимания роли собственных личностных особенностей в возникновении межличностных конфликтов (а опосредованно и невротических симптомов) и, с другой стороны, реальной коррекции неадекватных реакций и форм поведения, что и является главной предпосылкой восстановления здоровья и полноценного функционирования личности.

В связи с возрастающим интересом к групповой психотерапии нередко острый и дискуссионный характер приобретает обсуждение теоретических и практических аспектов соотношения индивидуальной и групповой психотерапии. Применительно к концепции патогенетической психотерапии при неврозах на данном этапе ее развития, по-видимому, наиболее целесообразными являются не крайние позиции, утверждающие во всех случаях исключительную роль тех или иных методов, а их дальнейшее развитие и определение соотносительной ценности индивидуальной и групповой психотерапии в общей системе патогенетических воздействий при неврозах. При этом необходимо, естественно, исходить из учета всего многообразия факторов, участвующих в патогенезе неврозов, — клинических, физиологических, психологических и др.

В настоящее время вопрос о соотношении индивидуальной и групповой психотерапии решается нами в соответствии с представлениями о наличии первичных (способствующих возникновению) и вторичных (способствующих сохранению) механизмов невротической симптоматики. Поскольку первичные механизмы в большей степени связаны с внутриличностным конфликтом и историей жизни больного, а вторичные — с трудностями его межличностных отношений и актуальной жизненной ситуации, то закономерным является сосредоточение внимания в индивидуальной психотерапии на проблематике первого и в групповой психотерапии — второго рода. Такое в определенной мере условное разграничение терапевтической проблематики между индивидуальным и групповым психотерапевтом возможно лишь в условиях постоянного и тесного контакта между ними, обеспечивающего обмен информацией с целью оптимальной организации всего комплекса психотерапевтических воздействий, в который при наличии целесообразности и показании могут включаться и другие, так называемые симптоматические методы психотерапии: гипноз, аутогенная тренировка, условнорефлекторные тренировочные методы и др.

До недавнего времени проблематика невроза и психотерапии в основном, как уже было отмечено, решалась в индивидуально-психологическом плане. Между тем как развитие представлений о формировании невротической личности, так и все более широкое распространение групповых форм психо-

терапии обуславливает необходимость дополнения этого аспекта социально-психологическим. Поскольку и в индивидуальной, и в групповой психотерапии терапевтическое воздействие представляет собой взаимодействие, проблема взаимоотношения врача (психолога) и больного становится одной из наиболее актуальных. Второй не менее важной является проблема интеракции в психотерапевтической группе.

В многолетних клинических и экспериментально-психологических исследованиях нашего сотрудника В. А. Ташлыкова (1974) объектом изучения являлись основные типы психотерапевтического контакта, зависимость его от особенностей социального восприятия больного, значение эмоционального сопереживания (эмпатических коммуникации) и других факторов оптимизации психотерапевтического процесса при неврозах. На основании этих данных, а также результатов клинко-психологического изучения процесса групповой психотерапии (Мурзенко, 1975, 1977) можно утверждать, что наиболее адекватной основой оптимального контакта между врачом (психологом) и больным в процессе индивидуальной и групповой психотерапии является принцип, определяемый М. М. Кабановым (1972) как принцип партнерства, позволяющий избежать как директивно-авторитарной позиции, так и крайностей недирективного подхода. <...>

Кабанов М. М.

НЕКОТОРЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ¹

Мне хотелось бы в своей лекции сделать несколько больший акцент на теоретических, в частности методологических, вопросах реабилитации больных. Это необходимо сделать

¹ Фрагменты лекции, опубликованной в «Трудах Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева»/Под ред. М. М. Кабанова. — Л.: Ленинградский научно-исследовательский институт им. В. М. Бехтерева, 1974. — Т. LXXII. — С. 26-40.

потому, что до настоящего времени существует еще много сложного, неясного, запутанного как в определении самого понятия реабилитации, так и в оценке тех или иных частных вопросов реабилитации больных и инвалидов. Это не удивительно, потому что концепция реабилитации — концепция растущая, которая набирает свои силы и до сих пор не имеет еще достаточно четко очерченных границ. А в то же время по проблемам реабилитации проводится большое количество конференций, симпозиумов, выпускаются специальные журналы, созданы научные общества в Москве, Ленинграде — общества реабилитации больных и инвалидов. Все это свидетельствует о повсеместном громадном интересе к концепции реабилитации. В некоторых странах, например в Новой Зеландии, даже созданы специальные министерства, занимающиеся вопросами реабилитации больных и инвалидов. В других странах, например в Швеции, приняты специальные законоположения, касающиеся реабилитации. Вследствие растущего интереса к проблеме реабилитации, частого употребления терминов «реадаптация», «реабилитация», «ресоциализация» и разного понимания сущности этих терминов возникло мое желание остановиться в настоящей лекции на общих принципиальных вопросах реабилитации больных и инвалидов. Это желание еще усиливается особо важным обстоятельством — ролью медицинской психологии в развитии исследований по проблеме реабилитации. <...>

<...> К сожалению, приходится еще объяснять значимость медицинской психологии для практического здравоохранения. То, что медицинская психология и методы, которыми она располагает, важны и значимы для исследовательских целей, это всем ясно. Но далеко еще не всем ясна ее практическая значимость. До сих пор мы уделяли большее внимание в преподавании медицинской психологии вопросам диагностики, но, к сожалению, сегодня далеко не всегда медико-психологические знания способствуют тонкому, отточенному совершенству клинической диагностики. В вопросах же оптимизации лечения, тесно связанных с проблемой реабилитации, значимость медицинской психологии более существенна.

Что же такое реабилитация?

<...>Условно всех тех, кто занимается этой проблемой, можно разделить на два лагеря, позиции которых, впрочем, в настоящее время все более и более сближаются. Приверженцы одного направления (преимущественно травматологи-ортопеды, физиотерапевты, отчасти невропатологи) подчеркивают главенствующую роль в реабилитации больных восстановления у них разными методами нарушенных функций и навыков (двигательных, речевых, навыков по самообслуживанию, трудовых и других), т. е. устранения или смягчения последствий болезни. Сторонники другого направления (преимущественно социальные гигиенисты, многие психиатры, кардиологи) подчеркивают значение реабилитации как системы различных мероприятий (медицинских, психологических, социальных), направленных не только на компенсацию имеющегося дефекта, но и на его предупреждение.

Особенно четко этот подход к реабилитации выступает в определении, данном IX Совещанием министров здравоохранения и социального обеспечения социалистических стран (Прага, 1967), в котором говорится, что реабилитация есть система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду.

Исходя из такого определения, реабилитация может быть понята в свете современных представлений о системном подходе как динамическая система взаимосвязанных компонентов, которую нельзя свести к какому-либо одному-двум методам воздействия (например, психотерапии или трудовой терапии) или описывать только в терминах конечной цели (например, бытовом либо трудовом устройстве), в то время как реабилитация есть и то и другое (и метод и цель). <...>

Концепция реабилитации не родилась, так сказать, на пустом месте. Она имеет свою историю развития. Она возникла

еще в середине 20-х гг. нашего века из идей так называемой физической медицины, <...> Из физической медицины возникла физиотерапия. Затем к этой концепции физической медицины присоединились новые концепции: социальная гигиена, «лечение занятостью» и другие.

Важную роль в развитии концепции реабилитации сыграли исследования в области медицинской психологии, медицинской педагогики и медицинской социологии, т. е. на пути своего развития, родившись из идей физической медицины, концепция реабилитации как бы обрастала идеями медико-социологическими, медико-психологическими, медико-педагогическими. Концепция реабилитации психически больных выросла из идей нестеснения и трудовой или социотерапии. Всем хорошо известны мысли и дела Ф. Пинеля, Д. Конолли, русских земских психиатров. В нашем столетии особенно много сделали в этой области Г. Симон, из отечественных ученых: В. А. Гиляровский — один из основателей учения о групповой психотерапии, Я. Г. Ильон, Я. П. Бугайский, С. И. Консторум, школа Т. А. Гейера — Д. Е. Мелехова и многие другие. Большое значение в развитии проблемы реабилитации психически больных сыграла в последнее время концепция «терапевтического сообщества» (*therapeutic community*). Ее основателем считается английский психиатр М. Джонс. <...>

Реабилитацию еще многие понимают как «долечивание больных», как использование их остаточной трудоспособности, иногда даже переводят термин «реабилитация» как «восстановление трудоспособности», что неправомерно сужает границы этого сложного понятия. Многие неверно полагают, что суть реабилитации заключается в расширенной трудотерапии и рациональном трудоустройстве больных. За рубежом суть реабилитации многие сводят к различным вариантам психотерапии. И то

и другое является упрощенчеством, хотя, конечно, восстановлению трудоспособности и трудоустройству принадлежит в общей системе реабилитационных мероприятий исключительно большое значение. Пожалуй, самым большим камнем преткновения является вопрос о том, где же кончается лечение и начинается реабилитация. Это действительно вопрос непростой. С нашей точки зрения, проводить

четкую демаркационную линию между тем, где кончается лечение и начинается реабилитация, в принципе неверно. Лечение — это то, что больше всего направлено непосредственно на болезнь, на ее текущие "проявления. Реабилитация — это то, что больше направлено на человека, на его личность, на будущее. В последнее время по рекомендации Всемирной организации здравоохранения принято описывать три ступени профилактики: первичную, вторичную и третичную. Что такое первичная профилактика — всем ясно. Под вторичной профилактикой подразумевается лечение. И, наконец, третичная профилактика — это и есть реабилитация. Границы между профилактикой первичной (профилактикой в собственном смысле этого слова) и лечением, как известно, порой очень условны. Также условны границы между второй ступенью профилактики (лечением) и реабилитацией. Реабилитация — это прежде всего (и что чрезвычайно важно уяснить себе) иной подход к больному человеку. <...>

Концепция реабилитации предусматривает комплексный, интегральный подход к больному человеку, с учетом не только клинко-биологических особенностей заболевания, но и более рационального, более глубокого изучения и использования личности больного и окружающей его среды в целях оптимизации лечения, в целях восстановления личного и социального статуса больного. Следовательно, цель реабилитации состоит в восстановлении личного и социального статуса больного, вне зависимости от того, что это за больной: больной, страдающий, допустим, неврозом, шизофренией, инфарктом миокарда или нарушениями опорно-двигательного аппарата.

На основании многолетнего опыта работы в специально созданной реабилитационной психиатрической клинике, а также изучения деятельности ряда как наших отечественных, так и зарубежных реабилитационных, главным образом психиатрических, учреждений, мы сформулировали четыре принципиальных положения реабилитации больных и инвалидов, без которых, как нам кажется, не может быть правильного понимания ее сущности.

Первый принцип системы реабилитации — единство биологических и психосоциальных методов воздействия. Реабилитация —

тация является не только психосоциальной, но и клинико-био-логической системой, требующей для своего успешного функционирования понимания ее физиологической и патофизиологической сущности. Речь идет об использовании (регуливании) механизмов реституции, адаптации и компенсации, о механизмах физиологической защиты. Не меньшего, а, с учетом их малой изученности, большего внимания требуют механизмы психологической защиты, играющие огромную роль в процессе реабилитации.

Противопоставление реабилитации лечению неправомерно. Они представляют собой единый системный процесс, разделяемый главным образом в аналитическом плане на то, что «смотрит» больше вперед и направлено на человека в целом (реабилитация), и на то, что «смотрит» на настоящее, наличествующее и направлено в основном на болезнь (лечение). <...>

Второй принцип системы реабилитации мы называем принципом разносторонности (разноплановости) усилий и воздействий для реализации реабилитационной программы.

Следует различать психологическую, профессиональную, семейную, общественную сферы реабилитации, а также сферы, связанные с получением или получаемым воспитанием (образованием) больного и проведением его досуга — влияние игр, развлечений, искусства. Перестройка системы отношений личности и одновременно как бы приспособление индивидуума к этим основным сторонам жизнедеятельности составляют основу системы реабилитации. <...>

В. Н. Мясищев, подчеркивая, что личность характеризуется прежде всего системой отношений к окружающей действительности, говорил, что «отношения человека представляют сознательную, избирательную, основанную на опыте психологическую связь его с различными

сторонами объективной действительности, выражающуюся в его действиях, реакциях и переживаниях». В клинической практике важная медико-педагогическая и одновременно лечебно-восстановительная задача состоит в умении направить систему отношений личности в нужную для реабилитационных целей сторону. Человек заболевает в обществе и может быть вылечен по-настоящему от своего заболевания и его последствий только в нем (особен-

но это относится к психическим заболеваниям). Личность формируется в социальном общении, аспекты которого разнообразны и не могут быть сведены (как это у нас нередко делается) к социально-трудовому при всей его огромной значимости. Отношение к себе, своим поступкам, своей болезни, семье, близким, к своему и их престижу, образованию, досугу, культурным и духовным ценностям, обществу в целом занимает очень большое место в процессах социализации и ресоциализации (а реабилитация хронически больных и инвалидов, особенно психическими заболеваниями, есть в значительной мере их ресоциализация). Следует подчеркнуть, что в ряде случаев речь идет не только и не столько об отношениях, сколько о взаимоотношениях с окружающими. В связи с этим особое значение в системе реабилитации приобретает социально-психологическая проблема общения.

Исходя из рассматриваемого принципа, становится понятной роль в системе реабилитационных программ, помимо клиницистов (психиатров, невропатологов, кардиологов и т. д.), представителей других смежных специальностей: медицинских психологов, педагогов, социологов, специалистов по различным видам занятости, труду, гимнастике, спортивным играм, развлечениям.

Третий принцип системы реабилитации (принцип партнерства) состоит в опосредовании через личность больного всех лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий. Стержневым содержанием всей реабилитационной программы является апелляция к личности. Все построение системы реабилитационных мероприятий должно быть таковым, чтобы вовлечь самого больного в лечебно-восстановительный процесс, направить его усилия на как можно большее участие в восстановлении тех или иных функций (например, памяти или внимания, двигательных, речевых) или социальных связей (трудовых, семейных и других). Реабилитировать или ре-социализировать больного без его активного участия невозможно. Хорошо известно, что даже лекарственное лечение лучше помогает, когда больной в него верит, верит в авторитет врача, назначившего ему то или иное лекарство. В литературе имеется немало указаний, свидетельствующих о выра-

женной зависимости медикаментозного лечения от психо- и социотерапевтических воздействий (мы уже не говорим о так называемом плацебо-эффекте). Появились сообщения, что даже исход оперативного вмешательства при пересадке внутренних органов (сердца, почек) во многом зависит от правильной настроенности больного, желания сотрудничать с врачом в период лечения. Совершенно очевидно, что применение системы психосоциальных методов воздействия без доверия к врачу, к этим методам, без активного соучастия, сотрудничества (партнерства) пациента с врачом нецелесообразно, так как оно не только не приводит к положительным результатам, но и вызывает разочарование в лечении у обеих «сторон». Можно успешно применять антибиотики, не требуя от пациента положительного к ним отношения (хотя лучше, чтобы оно было), но нельзя добиться успеха от психо- или социотерапии, если больной отрицательно относится к врачу, персоналу и предлагаемому лечению. Необходимо создать атмосферу доверия и сотрудничества, систему отношений «врач-больной». <...>

И, наконец, *четвертый принцип* системы реабилитации можно назвать принципом ступенчатости (переходности) прилагаемых усилий, проводимых воздействий и мероприятий.

Всякого рода лечебные воздействия (медикаментозные, физиотерапевтические, психосоциальные) необходимо назначать в определенных дозах, чаще нарастающих, с постепенным переходом от одного реабилитационного воздействия (мероприятия) к другому, от одной формы организации помощи к другой. Имеются в виду не только постепенные переходы от различных видов, например, лечения занятостью или лечебной физкультуры к различным видам трудовой терапии с последующим трудоустройством. Речь идет также о создании переходных режимов внутри

больничных отделений, дневных и ночных стационаров, санаториев и профилакториев.

Надо сказать, что принцип ступенчатости проводимых воздействий и мероприятий находит физиологическое обоснование в павловском учении. Комментируя опыты своей сотрудницы М. К. Петровой, показавшие, что выработка условных рефлексов зависит от постепенного введения раздражителей,

И. П. Павлов говорил об этом обстоятельстве как о «факте общего значения», который, по его мнению, «должен проникать всю человеческую деятельность, начиная с умственной и кончая физической». Нам хочется сравнить реабилитацию больных с процессом подъема на высокую гору или спуска в глубоководье, где фазность физиологического приспособления к экстремальным условиям является очевидной необходимостью.

Итак, единство проводимых «ступенчато» биологических и психосоциальных воздействий, направленных на разные стороны жизнедеятельности и опосредованных через личность, составляет суть системного реабилитационного подхода к больному человеку.

В последние годы все больше и больше исследователей подчеркивают необходимость выделения в реабилитационных программах ряда этапов. Хорошо известна классификация этапов реабилитации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) — медицинская, профессиональная и социальная реабилитация.

В соответствии с положениями ВОЗ в 1968 г. нами была разработана схема системы реабилитации психически больных, уточняющая некоторые особенности ее последовательных этапов, которые мы предложили назвать: 1) восстановительной терапией, 2) реадaptацией и 3) реабилитацией в собственном смысле слова. <...>

Задачей начального первого этапа реабилитации — восстановительного лечения — является предупреждение формирования психического дефекта, инвалидизации, явлений «госпи-тализма», а также устранение или уменьшение этих явлений. Этот этап характеризуется сочетанием биологических методов лечения с различными психосоциальными воздействиями (лечение «средой», занятостью, психотерапия и другое). Для некоторых категорий больных, например, с двигательными нарушениями, кроме того, на этом этапе большое значение имеют методы физиотерапии. <...>

Второй этап реабилитации, названный реадaptацией, имеет задачей приспособление больного на том или ином уровне к условиям внешней среды, восстановление приспособляемости. На этом этапе преобладают психосоциальные воздей-

ствия, среди которых на первое место выдвигается стимуляция социальной активности различными методами.

Особенно большое значение приобретают здесь трудовая терапия с переобучением больных или обучением новой профессии, а также специальная педагогическая (воспитательная) работа с психотерапевтической направленностью, проводимая не только с больными, но и с их родственниками. Биологическое лечение ограничивается, как правило, «поддерживающими» или купирующими обострения дозами медикаментозных средств. В известной мере этот этап в реабилитационной системе соответствует в нейрофизиологическом аспекте уровню функциональной компенсации, о котором сообщают Э. С. Бейн, Л. Г. Столярова и Г. Р. Ткачева, говоря о восстановлении функций больных, перенесших инсульт.

Третий этап реабилитации реабилитация в собственном (прямом) смысле этого слова. Восстановление в правах, восстановление индивидуальной и общественной ценности больного, доблестных отношений с окружающей действительностью составляют основное содержание этого этапа. Здесь главенствуют различные социальные мероприятия. Помощь в бытовом и трудовом устройстве является фактором, определяющим подлинную реабилитацию психически больных. Очень трудным и весьма важным делом, способствующим успеху реабилитации, является организация правильного отношения к больным со стороны окружающих. Биологическое лечение на этом этапе имеет еще более ограниченное значение. <...>

Изложенная схема этапов реабилитации была разработана, как мы уже отмечали, для психически больных (главным образом шизофренией). Но основные ее положения могут быть распространены на все нервно-психические заболевания (и на другие тоже!) с учетом, конечно, особенностей клинической картины того или иного заболевания. (Реабилитация, например, больных неврозами существенно отличается от реабилитации постинсультных больных или больных шизофренией. Да и реабилитация больных вялотекущей шизофренией отлична в своих формах и методах от реабилитации больных с грубым шизофреническим дефектом). Мы говорим здесь об общих положениях реабилитации, а не о частных вопросах.

Остановимся на некоторых весьма важных, с нашей точки зрения, вопросах, связанных с реабилитацией психически больных.

Это, во-первых, две чрезвычайно актуальные концепции современной социальной психиатрии: открытых дверей и частичной госпитализации. Есть психиатры, которые считают, что надо открыть двери всех психиатрических отделений, за исключением отделений для больных, совершивших криминальные действия. Есть и другие психиатры, которые считают принцип «открытых дверей» величайшим заблуждением современной психиатрии (другая крайность). Частичная госпитализация — это идея некруглосуточного содержания больного, в данном случае психически больных, в лечебном учреждении. Она ведет свое начало от созданного в 1933 г. М. И. Джагаровым в Москве дневного стационара. Идея открытых дверей — хорошая идея, и к ней надо стремиться. Но в принципе не только больные, совершившие те или иные тяжелые правонарушения, должны содержаться в отделениях «закрытых дверей» (ведь не только были, но есть и всегда будут какие-то больные — небольшой процент, — которым не очень-то показаны «открытые двери», даже при самом совершенном обслуживании). Стремясь к тому, чтобы отделений «открытых дверей» было больше (и не только для больных невротами, но и для выздоравливающих после перенесенного психоза), мы предпочитаем тем не менее в одном и том же «закрытом» отделении иметь дифференцированные лечебные режимы, включающие режимы «ограничительные», «открытых дверей» и «частичной госпитализации». Больные тем самым по мере изменения их состояния переходят с одного режима на другой имеют перед собой «лечебную перспективу», возможность пользоваться свободным выходом или не приходиться днем или вечером в психиатрическую клинику, а проводить это время на работе или дома.

Опыт работы нашей реабилитационной клиники, который мы настойчиво рекомендуем, применяется сейчас в ряде психиатрических больниц нашей страны и свидетельствует о правомерности применения разработанных дифференцированных лечебных режимов.

Остановлюсь также кратко еще на одном вопросе, весьма важном для реабилитации в ее медико-психологическом аспекте. Это проблема взаимоотношения больных и медицинских работников. Если спросить любого врача, любого сотрудника нашей клиники, что является наиболее важным, действенным во всей системе реабилитационных мероприятий, которые мы проводим на протяжении уже многих лет, то, я думаю, каждый ответит: характер взаимоотношений между персоналом и пациентами. И хотя это положение звучит банально (как, впрочем, и многое другое в реабилитации), но тем не менее мы вынуждены о нем постоянного говорить. Так, эта вроде бы очевидная истина требует почему-то постоянного «подкрепления». Самое важное обстоятельство — установление отношений доверия между медицинскими работниками и пациентами. <...>

При разработке реабилитационных мероприятий важно учитывать также вопросы семейных взаимоотношений, заниматься семейной психотерапией. Кроме того, следует уяснить, что реабилитация — это не акт пассивного созерцания того, как больной, выписанный из психиатрического отделения, приспособится к жизни. Реабилитация — это активный процесс вмешательства, воздействие (различными методами) для достижения определенной цели — восстановления личного и социального статуса, как уже говорилось. Семье здесь принадлежит чрезвычайно важная роль. Установление степени близости больного и его матери или отца, оптимизация этой духовной близости тоже чрезвычайно интересны и любопытны в психологическом аспекте реабилитации, причем не только психически больных. Важным обстоятельством является необходимость учета того, что сейчас недостаточно только одних медицинских работников, включая хорошо обученных медицинских сестер, для успешного проведения системы лечебно-восстановительных мероприятий.

Необходимо «бригадное» обслуживание, «бригадное» лечение. В этой бригаде, наряду с врачом и под руководством врача, должны занимать определенное место на правах равноправных членов и психологи, и социальные работники (в отдельных случаях — социологи). Существенную роль в реابي-

литационной программе играют отношения между больными, правильный подбор терапевтических групп, изучение образующихся неформальных (спонтанных) групп. Это требует от врачей знания основ не только медицинской, но и социальной психологии, понимания того, что такое «организация», «роль», «коррекция ролевого поведения».

В заключение хочется еще раз подчеркнуть, что, если мы сумеем показать практическую значимость системы реабилитации для профилактики и оптимизации лечения и роль в этой системе медико-психологического и медико-социологического подходов (а они тесно связаны друг с другом), показать их эффективность, у нас появится больше возможностей для расширения «статуса» самой медицинской психологии как науки.

Карвасарский Б. Д.

ПСИХОТЕРАПИЯ В РОССИИ: РЕТРОСПЕКТИВА И ЗАДАЧИ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ¹

В своем докладе я хотел бы коснуться, разумеется, лишь кратко, российской психотерапии в ее ретроспективе, видя свою задачу не в том, чтобы исправлять историю нашей психотерапии с учетом происходящих в стране изменений, а в том, чтобы, насколько это возможно, объективно ее отразить.

Первые шаги психотерапии в России прослеживаются уже с конца XVIII начала XIX столетий и связаны с именами Н. И. Новикова, А. Н. Радищева, А. И. Галича и других просветителей. Что говорят нам эти имена? Н. И. Новиков — философ, психолог, педагог; А. Н. Радищев — писатель, автор «Путешествия из Петербурга в Москву»; А. И. Галич — один из учителей А. С. Пушкина, также представитель просветительского тече-

Фрагменты доклада, опубликованного в «Материалах I съезда Российской Психотерапевтической Ассоциации». — СПб.: Ленинградский научно-исследовательский институт им. В. М. Бехтерева, 1995. — С. 8-16.

ния. Но именно они и плеяда таких замечательных врачей, как С. Г. Зыбелин, М. Я. Мудров, И. Е. Дядьковский, и другие заложили основы понимания в России психогенных или как их тогда называли «нервических» заболеваний, психосоматических соотношений, роли личности в патологии и психологической терапии.

Такое начало формирования отечественной психотерапии предполагало ее дальнейшее становление в виде личностно- и клинко-ориентированной области медицины интердисциплинарного характера, что вполне соответствовало бы современному положению психотерапии, формирующейся на границах медицины, психологии, педагогики, философии и других наук. Диалектика развития российской психотерапии заключалась, однако, в том, что в русской медицине второй половины XIX столетия формируются в умах земских врачей, а затем в физиологии, и набирают силу идеи нервизма. И. М. Сеченов, а далее И. П. Павлов показали, что в основе психических явлений лежат материальные физиологические процессы, происходящие в головном мозге и которые могут быть изучены объективными методами. В борьбе за объективно-научное исследование постепенно уже после смерти И. П. Павлова в трудах его последователей представления о биопсихосоциальной сущности болезни по сути были сведены в теории и практике медицины до признания определяющей роли первого звена этой триады.

Первая четверть XX столетия в зарубежной психотерапии во многом проходит под знаком интереса к психоанализу. Психоанализ не получил широкого развития в России, и не только потому, что в условиях тоталитарного строя медицина и особенно психотерапия были идеологизированы. Это правда, но это не вся правда. Идеи нервизма, учение И. П. Павлова на определенном этапе в России взяли верх над так называемыми субъективно-идеалистическими концепциями, к которым, конечно, в первую очередь и был причислен психоанализ.

Судьба психоаналитиков в России не была похожа на судьбу, скажем, педологии, которая действительно была разгромлена. С психоаналитиками дело обстояло иначе. Я назову несколько неврологов и психотерапевтов, симпатии которых

поначалу были на стороне психоанализа, и они начали заниматься им в своей практической работе. Это ленинградские ученые Л. Б. Гаккель, Н. Н. Трауготт, Б. Н. Бирман, Е. К. Яковлева. В развернувшейся полемике между учением И. П. Павлова и психоаналитическими идеями верх одержало первое. Б. Н. Бирман начал работать с И. П. Павловым и стал одним из его ближайших учеников, Л. Б. Гаккель возглавила отделение неврозов в больнице, которая в настоящее время носит имя И. П. Павлова, и где он проводил свои знаменитые «клинические среды», и сегодня представляющие немалый интерес, Н. Н. Трауготт возглавила в одном из научно-исследовательских физиологических институтов отдел патологии высшей нервной деятельности, Е. К. Яковлева начала работать с В. Н. Мясищевым, хотя и воспринявшим ряд идей психоанализа, но развивавшим его уже с иных теоретических позиций — психологии отношений и клинической психофизиологии.

В дальнейшем психоанализ действительно был запрещен, а еще позже и сама психология практически была исключена из преподавания и резко ограничена в исследовательской работе.

Послереволюционный период оказался в целом крайне неблагоприятным для психотерапии. <...> Идеологизация психотерапии, отрыв ее от ведущих направлений этой науки в западных странах явились причиной задержки в развитии отечественной психотерапии при формальном признании ее важнейшей роли в медицине и здравоохранении. А это было время становления основных психологических концепций личности и органически связанных с ними психотерапевтических направлений в западных странах.

40-50-е гг. — период упрочения в нашей стране директивной, главным образом гипносуггестивной психотерапии, вполне соответствовал и общественному сознанию страны, и теории медицины, построенной на учении И. П. Павлова.

Но здесь я хотел бы сделать две оговорки. И. П. Павлов был и остается одним из выдающихся ученых XX в., его учение сегодня входит, в частности, и в фундамент бихевиоральной психотерапии, и в целом развивающейся бихевиоральной медицины на Западе.

Гипнотерапия также сохраняет свое значение в психотерапии в качестве одного из важнейших ее направлений, и это относится как к классическому гипнозу, так и к современным его вариантам (эриксоновскому гипнозу и др.).

Речь идет лишь о том, что в условиях идеологизации психотерапии в стране с определенным социальным устройством произошел почти полный отрыв отечественной психотерапии от ряда ведущих психотерапевтических направлений в мире. Даже в начале 80-х гг., когда подготавливалась к печати моя рукопись «Психотерапия», в которой впервые в нашей литературе кратко были описаны основные направления западной поведенческой и личностно-ориентированной психотерапии, рецензент издательства «Медицина» относительно этой главы сделал на ее полях следующее замечание: «зачем это писать, наши психотерапевты все равно этого не поймут». Таково было положение в нашей психотерапии и отношение к зарубежной психотерапии даже в этот относительно недалекий период.

Несколько особое место по отношению к современной психотерапии занимал в 30-70-е гг. Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева в Ленинграде. Здесь с известной осторожностью в эти десятилетия развивался отечественный вариант динамической, близкий к современной психоаналитической психотерапии (не смешивать с психоанализом!), который получил название «этиопатогенетической» психотерапии, позже «патогенетической» и основывался на понимании *нарушении личности и восстановлении ее функционирования с позиций психологии отношений, наиболее известной концепции личности в отечественной медицине и медицинской психологии, берущей начало в трудах А. Ф. Лазурского и далее разработанной В. Н. Мясищевым (1960). На основе пато-' : генетической психотерапии в 80-е гг. сформировалась личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (Карвасарский, 1985; Исурина, 1995).*
<...>

Последняя четверть нашего века имела определяющее значение для развития отечественной психотерапии и превращения ее в массовую общемедицинскую специальность. И это несмотря на то, что именно этот период был трудным, а в даль-

нейшем и просто трагичным для нашего народа, что свидетельствует о все большем осознании роли психотерапии для современной медицины и здравоохранения в обществе. <...>

Прогнозируя дальнейшее становление российской психотерапии, нельзя не замечать нескольких серьезных проблем, которые должны быть осознаны и в дальнейшем разумно преодолены. Некоторые из этих проблем имеют общий для всех стран характер, другие более типичны для России.

Первая из этих проблем отражает общенаучное содержание понятий «дифференциация» и «интеграция» в современной науке (Интегративные аспекты современной психотерапии, 1992). Применительно к психотерапии это, с одной стороны, тенденции к выделению ее в самостоятельную область медицины, прежде всего из психиатрии, с другой — интегративное движение, активное использование в ее становлении не только медицинских, но и других наук, а также интеграция в лечебной практике различных психотерапевтических направлений, подходов, методов, технических приемов. Дифференциация в психотерапии отличается не только большей интенсивностью, сравнительно с интегративным движением, но имеет и некоторые особенности, характерные именно для психотерапии. В то время как в клинике внутренних болезней, хирургии и других областях медицины дифференциация происходила и продолжается на базе уже сложившихся в теоретическом и практическом отношении медицинских дисциплин, в психотерапии она осуществляется в условиях лишь ведущейся разработки ее научных основ (методов, механизмов лечебного действия, эффективности и др.). Не успев оформиться в самостоятельную область медицины, психотерапия практически уже распалась на множество субспециальностей. Они образуются на основе теорий и концепций и связанных с ними ведущих методов психотерапии — динамическая, поведенческая, гуманистическая, когнитивная и др.; по областям медицины, в которых она применяется — психотерапия в психиатрии, кардиологии, онкологии, трансплантационной хирургии и др.; с учетом онтогенетического (возрастного) принципа — психотерапия детская, подростковая, гериатрическая и др.; в связи с областями социальной практики — психотерапия спортивная, военная и др. Самостоятель-

ное значение приобретает работа психотерапевта в экстремальной психологии и в медицине катастроф.

Не удивительно, что подобная дифференциация не способствует ясному представлению о содержании специальности «психотерапия» и понятия «врач-психотерапевт». В то время как в нашей стране они уже официально на государственном уровне вошли в перечни дисциплин и номенклатуру должностей, во многих странах такая специальность в качестве самостоятельной не существует. <...>

Вторая проблема связана с интердисциплинарным характером психотерапии. Психотерапия как медицинская специальность не может не учитывать такие понятия, как «диагностика», «клиника», «нозологическая», «механизмы патологии», «лечение», «эффективность», «прогноз», далее «история болезни», «юридическая ответственность за больного» и т. п. В этом плане весьма сложной и до конца неопределенной является роль в психотерапии психолога, не имеющего медицинского образования, однако весьма мотивированного не столько на психодиагностику, сколько на психотерапию. Причем особую сложность этот вопрос приобретает в странах с развитой страховой медициной. Может ли психолог-психотерапевт заниматься психотерапевтической практикой (иными словами, лечением) самостоятельно или в его компетенцию входит лишь использование методов психотерапии для целей психогигиены, психопрофилактики, реабилитации, а собственно лечебной деятельностью он занимается в условиях «бригадной работы», где является партнером (подобно специалисту по лечебной физкультуре, физиотерапевту и др.) лечащего врача, который при этом несет полную юридическую ответственность за больного. Опыт и литература показывают, что с такой позицией согласны далеко не все психологи как у нас, так и за рубежом.

Третья проблема обусловлена постоянно возрастающим числом методов, методик, технических приемов в области психотерапии. Как писал в свое время С. Ледер, уже не всегда ясно, для кого создаются эти методики — для больного или больной существует для этих методик. Для нашей психотерапии это также проблема непрекращающегося импорта самых различных психотерапевтических техник, на овладение навы-

ками работы с которыми у психотерапевта-практика просто не хватает времени. Очевидно также, что это обычно ведет к неэффективной Психотерапевтической полипрагмазии, невозможности полноценного контроля за применением отдельных методов и что самое важное при этом отсутствуют чаще всего представления об истинной эффективности метода (Лаутербах, 1995). Возможны ли подобные ситуации в других областях медицины, связанных с лечебным процессом, — в фармакологии (в том числе психофармакологии), физиотерапии, лучевой терапии и т. д.

Проблемой в большей степени нашей собственной является трудность перехода от преимущественно суггестивной директивной психотерапии, вполне соответствовавшей установкам тоталитарного периода нашей истории, к методам личностно-ориентированным и социоориентированным. Эта проблема еще долго будет сказываться на психотерапевтической практике у нас, поскольку тесно связана с менталитетом как наших врачей, так и, особенно, пациентов с их отчетливо экстернальной позицией, воспитанной в течение десятилетий социалистическим здравоохранением.

Наконец, следовало бы также коснуться проблемы альтернативной психотерапии, точнее, «альтернативного взрыва» в нашей популяции в последнее десятилетие. Он не сопровождался, как это можно было ожидать, адекватными опасностями мероприятиями государства, медицины и здравоохранения. Более того, значительное распространение получила точка зрения, что подобные явления наблюдались в истории и нашей, и других стран в период кризисов и самопроизвольно исчезали при выходе из них. К сожалению, пока эти ожидания не оправдываются. Своеобразие альтернативной медицины и альтернативной психотерапии, в частности, в нашей стране в данный момент заключается в том, что она все в большей мере становится частью парапсихологии (психической онтологии), включающей передачу образного и мысленного содержания на расстояние; перемещение объектов без непосредственного к ним прикосновения; определение состояния внутренних органов при поднесении к телу рук (паранормальная диагностика) и т. п.

Общее, что объединяет сторонников этих направлений, — это отвержение трудного, длительного пути познания в пользу одномоментного, мгновенного «постижения» внешнего мира с помощью озарения, откровения, прозрения и т. д. На этом пути отпадает необходимость в профессиональном обучении и поиске подлинно научного знания с помощью все более совершенной техники, поскольку для познания разнообразных явлений природы и человеческого организма вполне достаточно установления «парапсихологического контакта при помощи рук» (Жданов, 1986).

Известная устойчивость альтернативных идей в общественном сознании объясняется многими причинами, но также и снижением интереса и уважительного отношения к науке, Истинно научному знанию в нашей стране, охваченной многосторонним кризисом веры в конце XX столетия. <...>

Исурина Г. А.

ЗАДАЧИ И МЕХАНИЗМЫ ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ (РЕКОНСТРУКТИВНОЙ) ПСИХОТЕРАПИИ В СВЕТЕ РАЗРАБОТКИ ИНТЕГРАТИВНОЙ МОДЕЛИ¹

Интегративная модель психотерапии может развиваться как путем органического слияния различных психотерапевтических школ, так и за счет ассимиляции одной из них не противоречащих собственным подходам теоретических положений и методических приемов других систем психотерапии. Первый путь представляется маловероятным, так как существующие психотерапевтические школы вписываются в рам-

Статья из сборника: Интегративные аспекты современной психотерапии/ Под ред. Б. Д. Карвасарского, В. А. Ташлыкова, Г. Л. Исуриной. — СПб.: Ленинградский научно-исследовательский институт им. В. М. Бехтерева, 1992. - С. 33-39.

ки трех теоретических направлений (психодинамическое, поведенческое, гуманистическое), имеющих в своей основе собственные концепции личности и человека, каждая из которых в значительной степени развивалась как альтернатива другим.

Второй путь, по-видимому, является более предпочтительным, так как существуют психотерапевтические концепции, теоретически открытые иным идеям. Одной из таких концепций является личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия. Ее задачи вытекают из понимания личности как системы отношений индивида с окружающим миром и невроза как психогенного заболевания, обусловленного нарушением особо значимых для личности отношений. Цель личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии в самом общем виде может быть определена как расширение сферы самосознания пациента. Конкретные же задачи отражают, по сути, поэтапный характер психотерапевтического процесса: от (коррекции) нарушенных отношений больного и обусловленных ими неадекватных эмоциональных и поведенческих стереотипов, ведущих к нарушению полноценного личностного функционирования. Следует подчеркнуть, что это лишь самая общая схема, поскольку в ней прослеживается в качестве механизма лечебного воздействия только когнитивный аспект (изучение личности, осознание), а эмоциональные и поведенческие аспекты выступают в качестве результата. На самом же деле личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия не только включает в качестве своих задач три плоскости изменений: когнитивную, эмоциональную и поведенческую, но и сам процесс психотерапии основан на практически равнозначном использовании когнитивных, эмоциональных и поведенческих (в меньшей степени) механизмов, так как познание представляет собой единство отражения (когнитивных процессов) и «отношения к отражению» (эмоциональных процессов).

Цель и задачи любого психотерапевтического направления, ориентированного на личностные изменения, вытекают из представления о «личностном дефекте», что в свою очередь определяется личностной концепцией. Именно поэтому в рамках конкретного направления цели и задачи психотерапии

формулируются в общем виде как для индивидуальной, так и групповой психотерапии, но решаются с помощью собственных средств, применяемых в каждой из этих форм.

Задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, учитывая три плоскости ожидаемых изменений, могут быть сформулированы следующим образом:

1. Познавательная сфера (когнитивный аспект, интеллектуальное осознание). Процесс психотерапии должен помочь пациенту осознать:

- ♦ связь между психогенными факторами и возникновением, развитием и сохранением невротических расстройств;

- ♦ какие ситуации вызывают напряжение, тревогу, страх и другие негативные эмоции, провоцирующие появление, фиксацию и усиление симптоматики;

- ♦ связь между негативными эмоциями и появлением, фиксацией и усилением симптоматики;

- ♦ особенности своего поведения и эмоционального реагирования;

- ♦ как воспринимается собственное поведение другими, как оценивают окружающие те или иные особенности поведения и эмоционального реагирования и как реагируют на них, какие последствия это поведение имеет;

- ♦ существующее рассогласование между собственным образом «Я» и восприятием себя другими;

- ♦ собственные мотивы, потребности, стремления, отношения, установки, особенности поведения и эмоционального реагирования, а также степень их адекватности, реалистичности и конструктивности;

- ♦ характерные защитные механизмы;

- ♦ внутренние психологические проблемы и конфликты;

- ♦ более глубокие причины переживаний, способов поведения и эмоционального

реагирования, начиная с детства, а также условия и особенности формирования своей системы отношений;

♦ собственную роль, меру своего участия в возникновении развитии и сохранении конфликтных и психотравмирующих ситуаций, а также того, каким путем можно было бы избежать их повторения в будущем.

В целом задачи интеллектуального осознания в рамках личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии сводятся к трем следующим аспектам: осознание связей «личность—ситуация—болезнь»; осознание интерперсонального плана собственной личности; осознание генетического (исторического) плана. Сходные задачи или стадии осознания выделяются и в рамках других психотерапевтических концепций (прежде всего, психодинамических). При этом подчеркивается, что первая стадия осознания, которая может условно обозначаться как «личность—ситуация—болезнь», не имеет определяющего значения для собственно психотерапевтической эффективности. По-видимому, она скорее создает устойчивую мотивацию для активного и осознанного участия пациента в психотерапевтическом процессе.

2. Эмоциональная сфера. Процесс психотерапии должен помочь пациенту:

- ◆ получить эмоциональную поддержку со стороны психотерапевта или группы, что приводит к ощущению собственной ценности, ослаблению защитных механизмов и большей открытости и спонтанности;
- ◆ пережить в рамках психотерапевтического процесса те чувства, которые он часто испытывает в реальной жизни, воспроизвести те эмоциональные ситуации, которые были у него в реальной жизни и с которыми он не мог справиться;
- ◆ пережить неадекватность некоторых своих эмоциональных реакций;
- ◆ научиться искренности в чувствах к себе и другим людям;
- ◆ стать более свободным в выражении собственных негативных и позитивных эмоций;
- ◆ научиться более точно вербализовать и понимать собственные чувства;
- ◆ раскрыть свои проблемы с сопутствующими им переживаниями (зачастую ранее скрытыми от самого себя или искаженными);
- ◆ модифицировать способ переживаний, эмоционального реагирования, восприятия себя самого и своих отношений с другими;
- ◆ произвести эмоциональную коррекцию своих отношений. В целом задачи в эмоциональной сфере в рамках

личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии охватывают четыре основных аспекта: точное распознавание и вербализация собственных эмоций; переживание заново и осознание опыта психотерапевтического процесса и самого себя и формирование более эмоционально благоприятного отношения к себе. 3. *Поведенческая сфера.* Процесс психотерапии должен помочь пациенту: -

- ◆ увидеть собственные неадекватные поведенческие стереотипы;
- ◆ приобрести навыки более искреннего, глубокого и свободного общения;
- ◆ преодолеть неадекватные формы поведения, проявляющиеся в процесса психотерапии, в том числе связанные с избеганием субъективно сложных ситуаций;

- ◆. развивать формы поведения, связанные с сотрудничеством, ответственностью и самостоятельностью;

- ◆ закрепить новые формы поведения, в частности те, которые будут способствовать адекватной адаптации и функционированию в реальной жизни;

- ◆ вырабатывать и закреплять адекватные формы поведения и реагирования на основе достижений в познавательной и эмоциональной сферах.

В самом общем виде направленность личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии применительно к поведенческой сфере может быть сформулирована как задача формирования эффективной саморегуляции на основе адекватного, точного самопонимания и более эмоционально благоприятного отношения к себе.

Таким образом, задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии фокусируются на трех составляющих самосознания: самопонимании, отношении к себе и саморегуляции.

При рассмотрении лечебного эффекта как индивидуальной, так и групповой психотерапии выделяют разнообразные механизмы или факторы лечебного действия, которые располагаются в трех основных плоскостях: эмоциональное переживание, самопонимание и регуляция поведения. Три указанных

аспекта соответствуют трем основным классам психических явлений, известной «психологической триаде», включающей разум, эмоции и волю. В зависимости от теоретической ориентации, представители различных психотерапевтических школ придают большее или меньшее значение каждому из них, подчеркивая при этом определенную роль двух других.

В качестве основных механизмов лечебного действия личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии могут рассматриваться корригирующий эмоциональный опыт, конфронтация и научение.

Корригирующее эмоциональное переживание. Это понятие включает несколько аспектов и прежде всего эмоциональную поддержку. Эмоциональная поддержка означает для пациента принятие его психотерапевтом (или психотерапевтом и группой), признание его человеческой ценности и значимости, уникальности его внутреннего мира, готовность понимать его, исходя из его отношений, установок и ценностей. Конструктивная переработка содержания обратной связи, становление адекватного самопонимания предполагает принятие пациентом новой информации о себе, которая часто не соответствует собственным представлениям. Низкая самооценка, эмоционально неблагоприятное отношение к себе препятствуют восприятию пациентом новой информации, обостряя действие защитных механизмов; более позитивная самооценка, напротив, снижает уровень психологической угрозы, уменьшает сопротивление, делает пациента более открытым новой информации и новому опыту. Это означает, что самооценка и отношение к себе играют чрезвычайно важную роль в становлении адекватного самопонимания и могут как способствовать, так и препятствовать этому процессу.

Эмоциональная поддержка оказывает стабилизирующее положительное воздействие на самооценку, повышает степень самоуважения и таким образом производит корригирующее эмоциональное воздействие на такой важнейший элемент системы отношений, каким является отношение к себе, практически всегда неадекватное в структуре отношений невротической личности. Изменение отношения к себе происходит, с одной стороны, под влиянием нового знания о себе, а с другой —

в связи с изменением эмоционального компонента этого отношения, которое и обеспечивается*в основном за счет эмоциональной поддержки.

Принятие пациента психотерапевтом (или группой) способствует развитию сотрудничества, облегчает усвоение пациентом психотерапевтических норм, повышает его активность и ответственность в психотерапевтическом процессе, создает условия для самораскрытия.

Корректирующее эмоциональное переживание связано также с переживанием пациентом своего прошлого и текущего опыта. Возникновение в ходе психотерапии различных эмоциональных ситуаций, с которыми пациент не мог справиться в жизни, позволяет в особых психотерапевтических условиях вычленить эти переживания, проанализировать их, пережить и переработать, а также выработать более адекватные формы эмоционального реагирования. При этом вовсе не обязательно, чтобы эти ситуации были абсолютно идентичны по содержанию, в данном случае речь идет о совпадении эмоций, их сопровождающих. Еще один-аспект корректирующего эмоционального переживания связан с проекцией эмоционального опыта, полученного в родительской семье, на психотерапевтическую ситуацию. Анализ этих переживаний на основе эмоционального взаимодействия в психотерапевтической ситуации позволяет пациенту в значительной степени переработать и разрешить эмоциональные проблемы, уходящие корнями в родительскую семью.

Конфронтация. По мнению большинства авторов, она является ведущим механизмом лечебного действия психотерапии, ориентированной на личностные изменения. Конфронтация понимается как «столкновение» пациента с самим собой, со своими проблемами, конфликтами, установками, характерными эмоциональными и поведенческими стереотипами и осуществляется в основном за счет обратной связи между участниками психотерапевтического процесса. В ходе индивидуальной психотерапии основным инструментом обратной связи выступает психотерапевт, который не столько привносит в нее свое содержание, сколько «отражает» различные аспекты психологической реальности пациента, фокусируя внимание

на сложностях и противоречиях. Обратная связь в групповой психотерапии является более многоплановой, поскольку осуществляется между каждым из членов группы и группой как целым. Благодаря наличию обратной связи каждый из участников группы получает информацию о том, какие эмоциональные реакции у окружающих вызывает его поведение, как он воспринимается другими, в каких случаях его интерпретация эмоционального содержания межличностной ситуации оказывается неадекватной и влечет за собой столь же неадекватную реакцию, каковы цели и мотивы его поведения, насколько его актуальное поведение способствует достижению этих целей, какие эмоциональные и поведенческие стереотипы характерны для него, какую связь видят другие между его прошлым и актуальным опытом и поведением. Обратная связь дает возможность участнику группы понять и оценить значение собственной роли в типичных для него межличностных конфликтах и через это глубже понять свои невротические проблемы и особенности своих отношений, соотнося прошлое и настоящее. Пациент видит себя как бы в различных зеркалах, которыми являются участники психотерапевтической группы. Информация часто противоречит или не согласуется с существующим образом «Я», и задача психотерапии заключается в расширении его путем интеграции полученной информации. Расширение (или формирование) образа «Я» за счет интеграции содержания обратной связи является процессом, присущим не только психотерапии, но и формированию человеческой личности. Известно, что развитие самооценки, отношения к себе, образа «Я» в целом у ребенка происходит под воздействием отраженных оценок восприятия окружающих. Групповая психотерапия использует этот же механизм для коррекции неадекватного представления о себе и самопонимания в целом.

Научение. Научение в рамках личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии осуществляется как прямо, так и косвенно. Групповая психотерапия представляет для реализации этого механизма более благоприятные условия. Группа выступает как модель реального поведения пациента, в которой он проявляет типичные для него поведенческие сте-

реотипы, и таким образом создает условия для исследования пациентом собственного межличностного взаимодействия, поведения, позволяет вычленив в нем конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания. Групповая ситуация является ситуацией многопланового, реального, эмоционального межличностного взаимодействия, что в значительной степени облегчает отказ от неадекватных поведенческих стереотипов и выработку навыков полноценного общения. Эти изменения позитивно подкрепляются в группе, пациент начинает ощущать свою способность к изменениям, которые приносят удовлетворение ему самому и позитивно воспринимаются окружающими.

В системе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии индивидуальная и групповая ее формы равнозначны, решают общие психотерапевтические задачи, используя свою специфику. Поэтому представление о том, что групповая психотерапия направлена на переработку конфликтов в сфере межличностного взаимодействия, а индивидуальная — глубинного внутриличностного конфликта, требует уточнения. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия имеет своей целью раскрытие и переработку внутреннего психологического конфликта и коррекцию неадекватных, нарушенных отношений личности, обусловивших возникновение и субъективную неразрешимость конфликта, а также фиксирующих его. Формирование в процессе психотерапии адекватных отношений способствует разрешению конфликта и снижению, нервно-психического напряжения. Трудности в сфере межличностных отношений являются следствием глубинного конфликта и нарушенных отношений личности. В межличностных конфликтах «высвечиваются» скрытые психологические проблемы. Воздействие только на межличностном уровне представляет собой скорее поведенческий тренинг, а не психотерапию, задачи которой несравненно сложнее и глубже. Отличие индивидуальной и групповой психотерапии, при наличии одинаковых задач, заключается в том, что групповая психотерапия в большей мере акцентирует внимание на межличностном аспекте, а индиви-

дуальная — генетическом. Однако «в большей мере» не означает «только». В групповой психотерапии внутренний психологический конфликт и нарушенные отношения личности раскрываются через их непосредственное отражение в реальном поведении пациента в группе. В то же время групповая психотерапия, несмотря на доминирующую интеракционную направленность, не ограничивается актуальной ситуацией «здесь и теперь». Адекватная коррекция нарушенных отношений личности может быть осуществлена пациентом лишь в том случае, если весь комплекс психологических особенностей, проявляющихся в процессе группового взаимодействия, соотносится с его реальной ситуацией и проблемами вне группы, позволяет реконструировать особенности взаимоотношений в ситуациях «там и тогда». Закономерная повторяемость, «стереотипность» конфликтных ситуаций, особенностей поведения и эмоционального реагирования в группе и вне ее, в реальной жизни и в прошлом делают более наглядным и убедительным для пациента содержание обратной связи. Она способствует созданию устойчивости мотивации к «самоисследованию» и коррекции своих отношений, позволяет вычленить, увидеть и осознать собственные доминирующие мотивации и отношения, то, что стоит за поведением пациента в различных ситуациях. Следствием представления о том, что процесс групповой психотерапии должен ограничиваться ситуацией «здесь и теперь», может быть лишь уменьшение эффективности психотерапевтического воздействия. Один из важнейших механизмов лечебного действия групповой психотерапии — возникновение и переживание пациентом в группе тех эмоциональных ситуаций, которые были у него в реальной жизни и являлись субъективно неразрешимыми и неотреагированными. Необходима переработка прошлого негативного опыта, проявляющегося в актуальной, эмоциональной ситуации в группе, без которой невозможно достижение позитивных, достаточно глубоких личностных изменений. Адекватное самопонимание также не может быть достигнуто вне общего контекста формирования и развития личности пациента. Как групповая психотерапия не ограничивается межличностным уровнем, так и индивидуальная не сводится к осознанию с по-

мощью генетического анализа. Не только реальное эмоциональное взаимодействие в психотерапевтической диаде, но и рассказ пациента о себе, своей жизни, своем прошлом отвечают принципу «здесь и теперь». Во-первых, вербальная активность (или неактивность) пациента обусловлена его актуальной ситуацией взаимодействия с психотерапевтом: доверием или недоверием, ощущением угрозы или безопасности, желанием вызвать сочувствие, найти понимание, контакт, сотрудничать или перенести всю ответственность за лечение на психотерапевта и т. д. Во-вторых, рассказ о своем прошлом, воспоминания зачастую вызывают более сильные эмоции, чем те, которые человек испытывал в реальной ситуации. Рассказ о прошлом может не только вызвать сильные актуальные переживания, но и способствовать адекватной и точной вербализации своих эмоций и их осознанию. В процессе индивидуальной психотерапии мы сталкиваемся с прошлыми переживаниями и с актуальной эмоциональной ситуацией. Поэтому ограничение психотерапевтического процесса в индивидуальной психотерапии анализом ситуаций «там и тогда», а в групповой — ситуацией «здесь и теперь» представляется в известной мере искусственным.

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия в своем практическом приложении учитывает все три плоскости психологической реальности: когнитивную, эмоциональную и поведенческую. Будучи скорее психодинамической по своей сути, рассматривая осознание как ключевой этап психотерапии, она активно ассимилирует идеи так называемой «опытной» психотерапии (основанной на экзистенциальной и гуманистической психологии), фиксирующей внимание на интегрирующем эмоциональном переживании и атмосфере психотерапевтического взаимодействия. Что же касается интеграции личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапией принципов и методов поведенческой психотерапии, то здесь существует много вопросов. Изменения в поведенческой сфере также являются одной из задач личностно-ориентированной психотерапии. Однако в рамках этого подхода они рассматриваются скорее как результирующая когнитивных и эмоциональных изменений. Ряд исходных положений пове-

денческой психотерапии (представления о природе невротических расстройств, основная направленность психотерапевтических воздействий, роль и позиция психотерапевта и пр.) вступает в явное противоречие с принципами личностно-ориентированной психотерапии. Поэтому необходима дальнейшая разработка теоретических и практических аспектов, связанных с корректным использованием принципов и методов поведенческой психотерапии в рамках личностно-ориентированного направления. При этом не вызывает сомнения эффективность некоторых поведенческих методов для определенных пациентов, по крайней мере, на заключительных этапах лечения. Вполне вероятно, что именно поэтапная смена доминирующих теоретических подходов и соответствующих им методических приемов при работе с конкретным пациентом или психотерапевтической группой является наиболее перспективной с точки зрения развития интегративной модели психотерапии на основе личностно-ориентированного подхода.

V

Проблемы пост- травматическо го стресса

Основные темы и понятия раздела

- *Крымское землетрясение как этиологический фактор невропсихического травматизма*
- *Методология и методы эпидемиологического изучения посттравматического стрессового расстройства*
- *Посттравматическое стрессовое расстройство: эмоции, обуславливание и память*
- *Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов-инвалидов (участников боевых действий)*

*Брусшювский Л. Я., Бруханский Н. П.,
Сегалов Т. Е.*

КРЫМСКОЕ ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЕ КАК ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР НЕВРОПСИХИЧЕСКОГО ТРАВМАТИЗМА¹

Стихийные катастрофы всегда сопровождаются невропсихической травмой; однако чем резче и быстрее развивается катастрофа, тем труднее производить наблюдения над различными реакциями со стороны организма. Землетрясение в Крыму в этом отношении отличалось своеобразными особенностями: оно наступило внезапно, протекало не катастрофически бурно, сопровождалось длительными колебаниями и межтолчковыми периодами покоя и этим самым позволяло делать объективную оценку болезненных симптомов или их сочетаний и наблюдать последовательные реакции организма.

Такое землетрясение Крым переживает впервые. До этого времени, лишь эпизодически, один раз в десятки лет ощущались некоторые мгновенные колебания почвы, на которые по большей части не обращалось внимания. В период описываемого землетрясения первый толчок произошел 26 июня 1927 г. и сопровождался небольшим гулом. Большинство обитателей, как здоровых, так и больных, не придали этому толчку особого значения; хотя в отдельных случаях и отмечались реакции со стороны невропсихической сферы, однако, принимая во внимание мгновенность происшедшего, отсутствие разрушительных последствий, а также соображения ученых-геологов, высказавшихся в пользу того, что со стороны землетрясения Крыму не угрожает вновь опасности, — среди населения наступило полное успокоение.

Действительно, двух с половиной месяцев лучшего времени в Крыму было совершенно достаточно, чтобы, казалось, совсем забыть о землетрясении, как в ночь с 11 на 12 сентября оно неожиданно проявилось с огромной силой. Это землетрясение особенно сильно подействовало характером своего про-

¹ Фрагменты из книги авторов: Землетрясение в Крыму и невропсихический травматизм. — Л.: Изд-во Наркомздрава РСФСР, 1928. — С. 23-29, 75-89, 106.

явления. Во-первых, они разразилось ночью, когда всякого рода переживания воспринимаются острее, нежели днем; во-вторых, оно было не только неожиданным, но благодаря предшествовавшему успокоению ученых геологов возможность его была совершенно вытеснена из разряда предполагаемых несчастий; в-третьих, оно сопровождалось сильными звуковыми эффектами — большим подземным гулом; в-четвертых, оно проявилось резкими колебательными движениями, заставившими потерять физическое равновесие; в-пятых, разрушительные результаты в виде обвалов, трещин, других повреждений зданий были налицо; в-шестых, толчки следовали один за другим, отчего исчезала надежда на скорое окончание землетрясения и явилось опасение за его исход; в-седьмых, была поколеблена и утрачена вера в научную прогностику и, наконец, в-восьмых, землетрясение сопровождалось необычными проявлениями со стороны атмосферы (низкое барометрическое давление) и моря (шквал).

Все эти явления в их неожиданных и причудливых сочетаниях должны были дать неминуемую реакцию со стороны более или менее дифференцированного животного организма, так как обладали факторами, которые могли влиять как на физическую, так и психическую сферы. <...>

Разнообразнейшие и тяжелые расстройства со стороны вегетативной нервной системы безусловно свидетельствуют о значительной пертурбаций во всем организме. Шок, связанный с землетрясением, привел к срыву нервно-психического тонуса, обусловил лабильность телесных и психических функций и создал благоприятную почву для выступления всевозможных реакций. Здесь, как и при разнообразных реактивных заболеваниях или, вернее, состояниях, значение констелляции и, в

частности, конституционального момента, конечно, очень велико. Но, может быть, именно здесь, как нигде, значение экзогенного момента является не только превалирующим, но и решающим. Он не только вскрывает то или иное предрасположение, не только является поводом для развития болезненной в обычных условиях человеческого бытия реакции, но и является прямой причиной, определяющей генез, течение и во многом содержание самой реакции. Наше утверждение о панде-

мии вовсе не голословно. Конечно, при формальном подходе большинство перенесших толчки — обычные люди, но, если всмотреться в них пристальнее, то можно увидеть, что у них там, в глубинных слоях, вовсе не так спокойно и благополучно, как это отображено во внешнем облике и внешних проявлениях субъекта.

В целях методологических мы считаем более удобным разделить наблюдающиеся после землетрясения реакции на две группы; первая, охватывающая случаи острого испуга; и вторая — случаи страха перед переживаниями, связанными с испугом. Такое деление, конечно, условно и несколько искусственно, так как у большинства населения, пережившего землетрясение, можно было констатировать оба указанных момента.

Как и следовало ожидать, реакции, связанные с острым испугом, протекают по филогенетически древним путям. Страх всегда связан с инстинктом самосохранения. С биологической точки зрения, защитные реакции могут быть или положительными, агрессивными, или отрицательными, пассивными.

Прежде чем перейти к расчленению картин состояний и реакций, уместно привести описание своего состояния, сделанное одним нашим товарищем, невропатологом. Наше обследование населения позволяет считать это описание наиболее типичным. «<...>Я помню себя схватившимся (от первого толчка) и спустившим с кушетки ноги, объатым молниеносной мыслью: "...это землетрясение... будет ли еще... будить ли сестер... как; чтобы не перепугать..." Не помню, на это ушли доли секунды или больше; последовал самый страшный второй удар. Восприятие, сознание сузились до крайности, в сознании чередуются долями то проблески... то ступорозная оглушенность с инстинктивным автоматизмом движений. Слышится в открытое окно страшный гул с гор... здание качает и дергает, подбрасывает... оно трещит, как жалкая, убогая игрушечная коробка с полной угрозой немедленного обвала... звон бьющегося стекла, посуды... хлопанье окон... стук падающих вещей... Сознание не в силах воспринять и переварить такое огромное число одновременно падающих необычных раздражителей. Органы чувств воспринимают не четко... многое не доходит до сознания, раздражители поступают главным обра-

зом через орган слуха (шумы...) и необычный (по степени характера) путь — суставно-мышечный (качает, дергает, подбрасывает). Зрение при лунном свете деталей не воспринимает... Помню: в груди сжало, делаю невероятные усилия овладеть собою. Мое первое движение открыть выходную дверь... дальше рванулся в комнату сестер — "будить". В дверях метнулась высокая старшая сестра... дикий ужас ее панического крика (такой слышал первый раз в жизни) смешивается с шумом землетрясения... Трясу ее за плечи, "спокойно... землетрясение... беги..." (При проверке эти три слова были первым, что дошло до ее сознания). Стихла, метнулась к выходу... на лету ее слова: "буди Марусю". Рванулся дальше во вторую комнату... тихо, ловко метнулась навстречу... толстая... маленькая... закутанная одеялом Маруся. Здание дрожит в трепете затухающими порывами... они выбежали уже».

При переходе к собственно-автоматическим острым реакциям, наблюдавшимся в связи с землетрясением, прежде всего необходимо остановиться на реакциях, связанных с защитными действиями скоротечного характера, которые протекают совершенно автоматически, вне нашего сознания и о которых впоследствии не имеется никаких воспоминаний. Субъективно они описываются следующим образом: так, один врач передает, что «первый момент я не осознавала происходящего, но в следующий момент промелькнула мысль, что это опять землетрясение». Другой врач — «не одеваясь выскочил на улицу, очевидно, совершенно инстинктивно, потому что, опомнившись, увидел себя совершенно раздетым»; третий врач — «я очнулась уже стоящей у перил балкона; толчок, который меня поднял, мною не был осознан»; четвертый врач — «когда я дал себе отчет в происходящем, то оказалось, что я стою на полу, на расстоянии двух аршин от своей кровати, расставив широко ноги для равновесия...»

Аналогичных случаев чрезвычайно много. Эти наблюдения, по нашему мнению, имеют весьма важное значение ибо они свидетельствуют о шоке, об оглушении, о чисто рефлекторных защитных действиях, об отсутствии мысли в первые моменты. Здесь, по-видимому, имеется полное заторможение высшей психической деятельности и приведение в действие

филогенетически низших инстанций — безусловных рефлексов. Это находит себе подтверждение в разнообразных реакциях со стороны систем и органов связанных непосредственно с жизненными функциями. Интересно, что в следующую фазу, когда появляется мысль, самосознание, координация нервно-психической деятельности все еще остается нарушенной и имеется своеобразный диасхизис, своеобразное расщепление отсутствие связи между отдельными системами. Так последний врач, о котором мы говорили, сообщает, что он «вследствие оглушения не воспринял слуховых ощущений, в зрительных же давал себе отчет, наблюдая качание комнаты и маятникообразное качание электрической лампочки, свешивающейся с потолка. В таком состоянии, не меняя позы, простоял до прекращения толчка, не давая себе ясного отчета в том, что это землетрясение. А женщина-врач рассказывает, что при мысли о землетрясении она «реагировала довольно спокойно, как, по-видимому, и мои товарищи по квартире. Мы все стояли у перил балкона, исключая одной девочки 14 лет, забившейся под кровать; ощущение было такое, как будто трясли в вертикальном направлении, кружилась голова, слышался резкий шум. Однако весь первый толчок мы пробыли на балконе, не двигаясь с места, перебрасываясь отдельными словами и лишь после его окончания, захватив платье, выбежали»...

Мысль уже работает, а вместе с тем имеется оцепенение отдельных частей или выпадение отдельных функций: «не меняя позы», «пробыли на балконе, не двигаясь с места», «слуховых ощущений не воспринял, в зрительных же давал себе отчет» <...>.

Другой тип реакции, который отмечен в ряде случаев, — это ступор — явления обмирания. Так, в Балаклаве некоторые оставались с детьми в номере, совершенно оцепенев, и их с большим трудом приходилось выносить. В одном случае один санаторный пациент оставался в течение нескольких минут в полусогнутом стоячем положении и не мог сказать ни одного слова, а в другом — татарин, 30 лет, завхоз санатория, всегда спокойный и дельный человек, настолько оцепенел, что жена выбросила его в окно буквально как полено. Иногда встреча-

ются и картины мнимой смерти.-Ялтинский невропатолог д-р Соколов, приглашенный по этому поводу к мальчику 6-ти лет, наблюдал у него длительный глубокий сон, из которого никакие раздражения не могли его вывести. В дальнейшем всякий толчок вызывал у мальчика такое же состояние. До землетрясения мальчик был несколько неровен, но никаких собственно истерических расстройств у него не наблюдалось. Убегательные реакции и ступор отмечены и в ряде случаев у животных. К этой группе реакций следует отнести и частичные явления, связанные с иммобилизацией: функциональные выпадения той или иной конечности, того или иного органа чувства, речи и т. п. По этому поводу Кречмер пишет: «Можно, видимо, считать, что неврологически точные истерические картины с автоматическим «непроизвольным» характером, как общие вялые параличи, автоматический «спазм» дрожания, мышечные судороги, тяжелые анестезии, — все они в большей или меньшей степени имеют корни в стареющих для всего животного мира рефлекторных механизмах. Все они, в частности, стоят в связи с обеими крупными областями инстинктов: с «двигательной бурей» и «рефлексом мнимой смерти»; имеют, следовательно, отношение к тем же корням, из которых вырастают элементарные аффективно-выразительные движения («трясется от страха», «дрожит всеми членами», «парализован от страха»)). Интересно отметить, что в некоторых случаях такое выпадение является первичным и не связанным с теми наслоениями, которые обычно уже как бы вторично обуславливают паралич. В этом отношении заслуживает внимания один случай. Дело идет о представителе чрезвычайной тройки, которая буквально через несколько минут после первого толчка сосредоточила в своих руках весь аппарат по управлению Ялтинским районом в новых условиях и проявила исключительную распорядительность.

Он — работник ГНУ, бывавший на фронтах, здоровый физически человек, во время толчка, когда бросился, чтобы открыть дверь, не мог поднять своей правой руки и произвести ею ни одного движения. Правая рука — символ силы у представителя власти в обычных условиях жизни — здесь, перед стихийной катастрофой, когда потеряна присущая способность ориентировки, беспомощно

повисает недвижимой. Однако, выбежав на улицу и бросившись к учреждению, он уже через несколько минут владел ею и был на высоте возложенных на него задач. <...>

Близко к описанным реакциям стоят многочисленные случаи разнообразных сумеречных состояний, частью развившиеся непосредственно из них, частью выступившие несколько позже — от нескольких минут до нескольких часов и даже дней. Что касается первой группы, а она здесь и представляет особый интерес, так как отсутствие всевозможного рода наслоений делает картины чистыми, то здесь бросаются в глаза те же основные черты, которые характерны для более простых реакций. Так, в одном случае, в Ливадии, почти неграмотный крестьянин, человек без каких-либо невропатических явлений, во время толчка выскочил совсем голым и тотчас бросился обратно к зданию. Когда его пытались остановить, он бессмысленно отвечал, что ему нужно подняться за карандашом... В другом случае выскочившая из санатория голая женщина-фармацевт 34-х лет, несколько неустойчивая, крепко обхватила дерево и громко кричала: «Все женщины, одна я девушка; зачем я берегла свои "вещи"; зачем меня лечите, мне надо замуж выходить».

Здесь, как и в первом случае, содержание сознания заполнено образами совсем иного порядка, ничем не связанными с данной ситуацией, в которой оказалась личность. В этих острых случаях, по нашему мнению, нельзя говорить о наличии тенденции к «бегству в болезнь» от мучительной действительности. Здесь загоразживание, переключение с комплексами, может быть, и заполняющими сознание, — совсем иного порядка. Здесь отсутствуют элементы произвольности и сознательности, присущие обычным истерическим состояниям.

Мы полагаем, что объяснения ответа крестьянина — «за карандашом» — можно найти именно в том диасхизисе психики, в том глубоком торможении коры рефлекторного порядка, которое подавило и откололо всю личность в целом, оставив последнюю надстройку, созданную в Ливадии средой — по литграмоту и символ ее — карандаш, вероятно, в основе своей комплексного характера, как выражение некоей ущемленности, некоей своей недостаточности. . .

Во втором случае с женщиной, обхватившей дерево, комплексное содержание реакции определенного характера несомненно. Как известно, связь между страхом и половым инстинктом весьма интимна — здесь возможны различного рода сочетания, как превращения, так и замещения. Но не этот частный вопрос занимает сейчас наше внимание. Мы хотим лишь еще раз подчеркнуть то глубокое торможение, которое подавляет условные связи и вскрывает инстинктивную природу нашего существа, когда дело идет о шоке, подобном шоку от землетрясения.

Описанные реакции, строго говоря, в части случаев не могут быть расцениваемы иначе как острые реактивные психотические состояния. Но мы условимся здесь, что под этим названием мы будем объединять лишь те случаи, продолжительность которых колебалась от нескольких часов до нескольких дней. <...> Настоящих реактивных психозов, потребовавших помещения в больницу, зарегистрировано пока 6 случаев (в Мессинском землетрясении 17 случаев). Переходя к подострым состояниям, мы отмечаем еще раз, что такое деление является несколько искусственным. Здесь мы хотели бы дать описание и клиническое разграничение тех состояний, которые в той или иной форме, в той или иной степени наблюдались нами буквально у всех вне непосредственной связи с толчками. Переходы здесь так многообразны, оттенки так различны, все так индивидуально, что типизировать собственно говоря и невозможно. Поэтому особенно важно учесть то характерное, что свойственно всем, нарисовать тот фон, на котором выступают отдельные состояния и реакции. Конечно, мы должны иметь при этом в виду и те особенности, которые связаны с физическими, материальными и психологическими моментами. Чтобы понять состояние именно землетрясенца, надо постараться отделить такие наслоения и индивидуальные особенности. В психологии переживаний личности в связи с землетрясением в Крыму два момента, по нашему мнению, имеют огромное значение: во-первых, момент случайности, незнания, почти мистической неизвестности и, во-вторых, кумулятивное действие колебаний и толчков. Не случайно мы вначале говорили о срыве нервно-психической деятельности.

Он имеет место там, где встречаются условия, затрудняющие различение. Недоверие к земле, когда земля дышит, когда земля живет, т. е. когда не только условные рефлексы, но и безусловные, связанные с определенным положением тела в пространстве, потеряли им присущий тонус раздражения и вышли, естественно, из равновесия, — и являются таким условием.

Нам пришлось много беседовать и с бойцами, и с военными и морскими врачами, бывавшими во всяких обстоятельствах, полных драматического ужаса, и оказывается, что все пережитое ими раньше совершенно бледнеет в сравнении с землетрясением. Один из боевых командиров сказал нам так: «Там, в самом аду, думаешь, — авось, снаряд попадет не в тебя... а здесь, разве скажешь... авось».

Мы знаем из биологии о значении ориентировочного рефлекса на новизну. Мы знаем также, что при повторяемости раздражении ориентировочный рефлекс всегда угасает. Совсем не то при землетрясении, и это понятно, так как здесь его воспитать совершенно нельзя, ибо немыслима ориентировка в том, чего не можешь познать и предвидеть, ибо такое «новое» не может войти ни в какую условную связь. <...> Вот почему роль установки, которая так благодетельна во многих ситуациях, связанных с опасностью, здесь в общем ничтожна. Она в лучшем случае только предохраняет, но не спасает от тех или иных потрясений нервнопсихической сферы самой различной интенсивности.

Невозможность ориентироваться, конечно, в широком смысле слова, ведет к той напряженности и к тому душевному беспокойствию, которые приводят, в свою очередь к нервно-психическому истощению, к той физической готовности, благодаря которым «беспокойство становится ощутимым соматически», как выразился один ялтинский товарищ. На фоне такой готовности укрепляется, благодаря постоянным повторным раздражителям-толчкам, условный рефлекс на страх перед переживаниями, связанными с землетрясением. В нем нужно различать повышенную настроенность, предуготовленность для восприятия: все шумы, дрожания, колебание земли, зданий, пугающая молва, неудачная газетная статья — все это попадает в сознание неизбежно, по-видимому, автоматически,

течет на остро-болезненно настроенный путь восприятия землетрясения; землетрясение доминирует над всем; все раздражители, физические и психические, так или иначе, переключаются на этот травматизированный путь, входят с ним в связь. Отсюда та тревожность и склонность к развитию неврозов страха, ожидания или своеобразного невроза колебания или толчков, о которых так типично передаст один врач: «Мне лично приходилось в эти дни убеждать себя, что колебания уже нет, а между тем я его чувствую всякий раз, когда сижу или лягу, это удивительное ощущение — оно настолько неприятное, что не дает возможности сосредоточиться на работе и в особенности не дает возможности спать».

В этом синдроме невропсихических реакций в связи с землетрясением еще имеется одна особенность, которая, по нашим наблюдениям, бывает постоянно. Один очень уважаемый ялтинский врач, описывая свое состояние, указал, что у него постоянно имеется ощущение, что словно «что-то выпадает», Это «что-то выпадает» есть не что иное, как нарушение координации психических рефлексов высшего порядка, вследствие не только понижения силы их, но и своеобразного диас-хизиса, который претерпевает вся нервная система. Всевозможные расстройства со стороны вегетативной системы, которые всегда имеются налицо и выступают так автономно, чистые формы ступора и суверенные состояния элементарно-органического характера говорят о прямой физиологической обусловленности острых реакции, которая связана с такой встряской организма, что низшие инстанции выступают на первый план, высшие же тормозятся. И в так называемых повторных случаях такое расщепление гармонически работающих систем сказывается как в наличии тех или иных вегетативно-вазомоторных признаков, так и в изменении всего тонуса душевной жизни, изменении тонуса личности, ее стиля, а также, вероятно, в связи с этим, и в изменении высшей психической деятельности. В самом деле, возможно ли нормальное функционирование коры, если, как утверждает большинство врачей, «несмотря на то, что мы были подготовлены к последующим толчкам, были на открытом воздухе, логически разбирали, что качание длится только несколько секунд, однако

сердцебиение всегда имело место при наступлении толчков» или, что «создается впечатление, что при отсутствии страха и даже при отсутствии неожиданности (потому что все время ожидают толчков) все же получается побледнение лица; кажется, что сама встряска может быть механически действует на симпатическую систему, независимо от чувства страха». А ведь уже зарегистрировано несколько сотен толчков. Поэтому в работе высшей психической деятельности нет той шлифовки и отделки, которая свойственна здоровому в обычных условиях человеческого бытия: работа — не без перебоев, имеются отдельные трения; коротко — не все в порядке.

Почти поголовно все жалуются на ослабление работо способности, быструю утомляемость, на трудность сосредоточиться, на то, что умственный труд тяготит, на отсутствие потребности в постоянной деятельности, на то, что работа выполняется не «по принципу реальности», целесообразности, а «по принципу удовольствия». Резкое сужение интересов как-то особенно бросается в глаза. Только единицы просматривают всю газету, но и это им «как-то ни к чему». Такое сужение объема содержания сознания крайне типично. Мы это объясняем не только чисто психологическим моментом — «у кого что болит, тот про то и говорит»; скорее, мы склонны в этом усмотреть лишний аргумент, свидетельствующий об изменении тонуса всей душевной жизни, связанного с нарушением гармонического взаимодействия филогенетически старых и новых частей мозга.

Изменением душевного тонуса, нам кажется, следует объяснить и многочисленные жалобы на расстройство памяти, которое формально, действительно, часто встречается. Этим же, вероятно, надо объяснить и своеобразное понижение критики, ослабление силы логического мышления. <...> К описываемой категории явления относится и патологически усиленная внушаемость включительно до обманов чувств. Один из симеизских врачей нам передал, что, когда кто-то из его соседей крикнул: «Кошка (известная скала) валится», он совершенно ясно увидел «Кошку» без головы. <...> На этом фоне вырисовываются как-то особенно резко два круга состояний: первый — охватывающий депрессивно-индифферентные,

второй — ажитированно-экзальтированные состояния. Обе группы количественно примерно равны между собой. В первой группе случаев обращают на себя внимание душевно-ущемленные. Часть их находится в состоянии какого-то своеобразного оглушения, словно им и дела нет до бела света. Хотя они и аккуратно выполняют свои обязанности, ежедневно в положенные часы купаются, коротко, но дельно отвечают на ваши вопросы, но они даже не говорят о толчках, часто зевают или застывают в одной позе с куда-то в пространство устремленным взором. На всем — отпечаток какого-то непонятного равнодушия. В их присутствии как-то становится не по себе. Было бы неправильно думать, что среди них имеются только субъекты, давшие тяжелые острые реакции после сильных толчков. <...> Другая часть находится в состоянии, «когда руки опускаются». У них никак не клеится работа, они не могут оставаться одни, и с какой-то унылой тревожностью в выражении лица и глаз схватывают всякий вздор из нескончаемой монотонной болтовни о землетрясении, которой был насыщен воздух Крыма. Вид у них какой-то растерянный, опущенный. <...> Близко к ним стоят лица с эмоционально-гиперэстетическим синдромом. Каждый шум, каждое колебание пола от проезжающей телеги, каждый пустяк в семейной жизни вызывает у них тахикардию, лабильность пульса, резкую слабость, слезливость, апатию. Они болезненно боятся темноты. Они раздражительны и тоскливы, когда идет дождь, беспокойно море, дует сильный ветер. <...> Мы просим иметь в виду, что здесь речь идет вовсе не о сензитивных, склонных к эмоциональн-гиперэстетическим реакциям, а о полноценных, весьма устойчивых и бодрых в прошлом субъектах, которые просто не находят в себе силы переносить дальнейшее внутренне-напряженное состояние. <...> Что касается ажити-рованно-экзальтированных состояний, то здесь обращает внимание их внешнее сходство между собою. Несколько возбужденный вид, румянец на щеках, лихорадочный отблеск глаз, большая подвижность, неусидчивость, стремление двигаться без всякой цели, много лишних жестов и затем, что особенно бросается в глаза, это в буквальном смысле недержание речи — все говорят и без умолку все говорят. На всем отпечаток не

внутреннего подъема, не радости, а какого-то взвинчивания. Интересно, что таких субъектов-одиночек совсем не видно, но там, где есть хотя бы двое, там постоянно встречаются и они. Такая контрастирующая веселость, конечно, только мимикрия храбрости и агрессивности, ибо она в себе таит такую же внутреннюю напряженность, такую же тревогу, какую мы наблюдали у душевно-ущемленных. Это — своеобразная защита себя посредством вытеснения тяжелой действительности. <...>

Здесь нам хочется указать на то, что, по нашему мнению, является, может быть, наиболее характерным, наиболее специфическим для невропсихического синдрома, связанного с землетрясением. А именно, что наряду с автономным выступлением автономной нервной системы, наряду с бессилием ориентировочного рефлекса и его неугасанием на новизну при повторяемости раздражении и отсюда с постоянной внутренней напряженностью и нервно-психической истощаемостью, а также наряду с образованием условных рефлексов на страх перед переживаниями, связанными с землетрясением, т. е, наряду со всеми указанными моментами, нарушающими взаимодействие филогенетически старых и новых частей мозга и изменяющими весь тонус душевной жизни личности, все защитные реакции — только астенического характера. В стеническом всегда имеется тенденция к борьбе. В условиях землетрясения борьба, конечно, пока невозможна.

Еще один вопрос, который останавливает внимание, а именно вопрос о роли конституционального момента в генезе реактивных состояний. Мы полагаем, что, когда дело идет о пандемии, постановка такого вопроса принципиально несущественна. Конечно, практически такой вопрос имеет известное значение, поскольку уже *a priori* можно говорить, что невро-психотические реакции в связи с землетрясением у предрасположенных могут протекать довольно длительно и неблагоприятно. <...> Что касается лиц, страдающих невротическими явлениями, развившимися на фоне конституциональной нервности, сензитивно-психастенического склада, шизоидии в ограниченном смысле этого понятия, то в общем они дали картину меньшей сопротивляемости. На первом плане выступает изменение настроения в виде угнетения и тревожной на-

пряженности, обычно сопутствуемое довольно резкими соматическими ощущениями в области головы, сердцебиениями, слабостью ног и расстройством сна. Затем следует отметить большую яркость эмоциональных реакций, чем это было свойственно им раньше. Кроме того, у подавляющего большинства — ощущение постоянного качания. Зато почти не слышно прежних ипохондрических жалоб.

Психопатические личности круга возбудимых дали картину резкой неустойчивости, резких колебаний и переходов настроения и самочувствия в зависимости от толчков. В частности, у так называемых травматических невротиков, которых в Крыму всегда достаточно, участились ночью припадки с переживаниями устрашающего характера. Большая часть их выехала из Крыма в первые же дни. Среди них отмечены после сильных толчков пуэрильно-псевдодементные реакции. Так, одни из них все время ие отходил от врача, держась за него и плача, как маленький ребенок, другой, в Гурзуфе, жалобно, со слезами на глазах упрашивал главного врача отправить его вне очереди и т. д. <...>

Все вышеописанное — самонаблюдения и наблюдения врачей, истории болезней, события жизни, развертывавшие на наших глазах, весь строй и тонус жизни различных слоев населения Крыма с его индивидуальными и коллективными-групповыми и классовыми реакциями на взаимоотношения — все это дало нам возможность ощутить, осознать и выделить основную подоплеку, основной тон, омрачивший жизнь в Крыму осенью 1927 г., — землетрясение и его отражении на нервно-психических реакциях всего живого и, ярче всего, взрослых людей. Кто бы он ни был и чем бы ни занимался -человек на потерявшей устойчивость земле — он полон страха и неуверенности. Он чувствует себя плохо. Особенности психофизическое склада, социальная значимость и степень общественной ответственности, экономическая обеспеченность и зависимость, одиночество, спаянность с родственной группой или обремененность семьей, уровень образования и сознательности, пол, возраст, состояние здоровья — все эти привходящие обстоятельства и усложняющие факторы воздействовали, конечно, на своеобразность реакций. Все это отмечено, изуче-

но и описано в предыдущих главах. Но в основе всего, когда перед наблюдателем останется голый человек на голой земле, выявляется совершенно своеобразная, характерная, основная реакция вековых примитивных человеческих свойств на космическую опасность, непостижимую человеком, на сотрясение земли.

Землетрясение является шоком исключительного своеобразия и несравнимой силы, поражающим всю совокупность живых тканей человеческого организма и каждую систему, каждый аппарат в отдельности. Поэтому пестра и богата клиническая симптоматология травматизации, и поэтому же все клиническое разнообразие конструктивно синтезируется в единые этиологические комплексы.

В результате тщательных изучений и сопоставлений, естественно, выделяется симптомокомплекс невротических и психотических явлений, свойственный даже в общем здоровым, т. е. полноценным в обычной жизни людям, как реакция на землетрясение.

Срыв жизненного тонуса: головокружение, тошнота, замирание сердца, тоска, бездеятельность, тревога, безрадостная оживленность, беспокойная подавленность; работа по принципу развлечений и отвлечений, а не полезности, растерянность и жажда мгновенных дурманных наслаждений, совместно в случайно образовавшихся группах, сопровождаемая боязнью толпы и одиночества; страх темноты страх зданий и страх своего собственного страха — вот его основные признаки.

Вспоминая Н. И. Пирогова, определившего войну медицинским термином «травматическая эпидемия», мы имеем право сказать: землетрясение — это пандемия невропсихического травматизма.

Кулка Р. А., Шленгер В. Е.

МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА¹

Введение

Целью данной главы является рассмотрение некоторых научно-практических проблем, возникающих при изучении распространенности посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) среди населения. Под словосочетанием «среди населения» мы подразумеваем тот факт, что наше внимание будет сосредоточено не на изучении тех людей, которые обращаются для лечения ПТСР в клиники, больницы и другие лечебные учреждения (т. е. не на клинических исследованиях), а скорее на изучение тех, кто является носителями ПТСР вне зависимости от того, обращались ли они за помощью или так или иначе оказывались (попадали) в поле зрения специалистов в области психического здоровья. Подобные популяционные исследования проводятся для уточнения показателей распространенности ПТСР среди отдельных групп населения (например, ветеранов Вьетнама; жертв преступлений; лиц, подвергшихся природным катастрофам) и определения факторов риска развития ПТСР; они дают единственную возможность для получения несмещенных оценок этих пока-, зателей (Weissman, 1986).

Организация и проведение эпидемиологических исследований популяций ставит перед учеными множество проблем. На четырех из них, наиболее характерных для такого рода исследований, мы остановимся в настоящей главе. А именно: (1) определении популяций риска и отбора репрезентативных выборок; (2) определении релевантных контрольных групп,

¹ *Kulka R. A., Schlenger W. E: Survey Research and Field Designs for the Study of Posttraumatic Stress Disorder/Перевод Котенева И. О.// International Handbook of Traumatic Stress Syndromes/Eds.: John P. Wilson and Beverley Raphael.- N. Y.: Plenum Press, 1993. - P. 145-155.*

или групп сравнения; (3) определении «случаев»; (4) обеспечении полноты эмпирических данных.

Как заметил Том Вольф в своей известной книге о жизни летчиков — кандидатов в первые американские астронавты, одной из центральных тем в их разговорах, а это были самые выдающиеся Летчики конца 50-х гг., была тема «распечатывания конверта»: «Слово "конверт" означало термин летных испытаний, относящийся к предельным возможностям самолета: насколько крутым может быть разворот при такой-то и такой-то скорости и т. д. "Распечатать", разорвать внешние края конверта означало одновременно и огромный вызов, и огромное удовольствие от испытательного полета»¹.

Джина Конверс в книге «Опросы населения в США» привела блестящие свидетельства тому, что во многих отношениях история исследований общественного мнения и проведения опросов тоже характеризуется непрерывными попытками «распечатать», опробовать границы этого многостороннего и гибкого метода, часто вопреки мнению авторитетных и влиятельных скептиков. Одной из самых уязвимых сторон этого метода является то, что автор называет «разноцветней мнений»: «Специалисты по проведению опросов должны интуитивно чувствовать и знать, что именно люди захотят обсуждать, а что нет.

В период с 1935 по 1960 г. исследователи общественного мнения "распечатали" границы этого метода и выяснили, что большинство людей готовы обсуждать все что угодно. Хорошо это или плохо, но в общем и целом люди, как оказалось, захотели выражать свое мнение и отношение не только по множеству вопросов, не затрагивающих их лично, но также по тем очень личным вопросам, связанным с самораскрытием внутреннего мира, своих чувств, затрагивающим интимную сферу. Другой вопрос, насколько искренними и полными являются их ответы. Несомненно, однако, что методы опроса значительно расширили сферу научных исследований»².

¹ Wolfe T. The right stuff. - New York: Farrar Straus Giroux, **1979**. - P. 12.

² Converse J. M. Survey research in the United States: Roots and emergence 1890-1960. - Berkeley, CA: University of California Press, 1987. - P. 403-**404**.

Своеобразными вехами в экспансии опросов стали так называемые опросы Кинси о сексуальной жизни американцев, а также опросы об употреблении алкоголя и наркотиков, исследования по отклоняющемуся и криминальному поведению, по психологическому дистрессу. Расширились и «технологические» возможности опросных методов за счет включения в них разнообразных и подчас достаточно сложных измерительных процедур (психологических тестов, шкал *IQ*, физиологических проб, телемониторинга, анализа дневниковых записей), причиняющих порой значительные неудобства респондентам. Были также усовершенствованы основные методы сбора информации. К примеру, еще десятилетие назад можно было встретить публикации, в которых абсолютно авторитетно утверждалось, что получить с помощью телефонного или почтового опроса объективную информацию или адекватные рейтинги ответов невозможно; или-, что интервью по телефону не должно превышать по времени 15 минут. Так называемые «флайт-тесты» Дил-мана¹, сравнимые по продолжительности с временем авиаперелета, распечатали и этот «конверт», и, как показывают современные исследования, это не последний предел.

В целом, несмотря на широкую институционализацию опросов, ставших вполне стандартной процедурой в обществе, все возрастающая сложность общественной жизни требует постоянного совершенствования исследовательской методологии, что нередко влечет за собой значительный «риск неудачи». Всякое нововведение является здесь рискованным в том смысле, что всегда найдутся среди профессионалов, как впрочем, и не профессионалов, те, кто охотно выскажет предположение, что ваше исследование в принципе «не выполнимо», или, по крайней мере, не соответствует «принятым» в настоящее время

стандартам.

Одно такое «невозможное» исследование было недавно проведено Росси, Фишером и Уиллисом и называлось «Положение бездомных в Чикаго»². Помимо всего этот опрос вклю-

¹ Dillman D. A. Mail and telephone surveys: The total design method. — New York: WileyInterscience, 1978.

² Rossi P. H., Fisher G. A., & Willis G. The condition of the homeless in Chicago:

A report based on surveys conducted in 1985 and 1986. — Amherst, MA: Social and Demographic Research Institute, University of Massachusetts, 1986.

чал в себя выявление и интервьюирование людей, которые оказывались поздно ночью (примерно с 1.00 до 6.00) в одном из случайно выбранных кварталов города; и, понятно, таких кварталов в Чикаго было выбрано достаточно много. Другим примером является проводимое в настоящее время¹ изучение распространенности и факторов риска СПИДа среди населения, предполагающее сбор данных о «чувствительных» поведенческих аспектах, а также тестирование крови на наличие ВИЧ-инфекции у более чем 50 000 мужчин и женщин.

Таким же крупномасштабным исследованием стал амбициозный проект, посвященный изучению ветеранов войны во Вьетнаме, — «Общенациональное исследование проблем реадaptации вьетнамских ветеранов», NVVRS². Многие черты этого исследования также позволяют считать его испытанием, опровергающим наши взгляды на «ограниченные возможности» опросов (Kulka et al., 1990). Поскольку нам довелось непосредственно участвовать в планировании и проведении NVVRS, мы воспользуемся этим опытом, чтобы проиллюстрировать некоторые общие проблемы, возникающие при осуществлении «полевых» эпидемиологических исследований ПТСР.

Общенациональное исследование проблем реадaptации вьетнамских ветеранов

В соответствии с Поправками 1983 г. к федеральному закону № 98-160, касающимся медицинской помощи ветеранам, Конгресс США поручил Администрации по делам ветеранов³ провести систематическое и всестороннее «исследование распространенности и структуры заболеваемости посттравматическими стрессовыми расстройствами, а также других психологических проблем, возникающих в процессе реадaptации к гражданской жизни» у вьетнамских ветеранов. Это исследование, с точки зрения своего объема, широты охвата населения, комплексности и организации, должно было стать достаточ-

¹ В первой половине 90-х гг. — Прим. перев.

² National Vietnam Veterans Readjustment Study.

³ The Veterans Administration (VA), позднее — Департамент по делам ветеранов (Department of Veterans Affairs — DVA). — Прим. перев.

ным для того, чтобы на его основе можно было получить общенациональные показатели состояния психического здоровья ветеранов Вьетнама, а кроме того — провести подробный анализ природы, причин и характера возникающих у ветеранов психологических проблем, изучить факторы, влияющие на процесс реадаптации.

Таким образом, в соответствии с решением Конгресса США, Администрацией по делам ветеранов и исследовательской группой перед проектом *NWRS* были поставлены следующие три общие цели:

- собрать (получить) информацию о заболеваемости ветеранов, распространенности и последствиях наличия у них ПТСР и связанных с ними психологических проблем;
- дать всестороннюю характеристику общей адаптированное™ ветеранов-участников войны во Вьетнаме; провести ее сравнение с адаптированностью ветеранов вьетнамской эры и гомогенной выборки гражданского населения¹;
- получить подробные научные данные о такой специфической психологической проблеме послевоенной жизни ветеранов, как ПТСР.

Особый интерес в рамках проекта *NVRS* представляло именно ПТСР — его возникновение, течение и последствия, а также взаимосвязь с другими соматическими и эмоциональными нарушениями. Предстояло изучить такие вопросы, как связь ПТСР и других послевоенных психологических проблем ветеранов с инвалидностью, злоупотреблением алкоголем и наркотиками, принадлежностью к меньшинствам, преступлениями, семейными проблемами; а также то, как ветераны используют возможности и услуги, предоставляемые Администрацией по делам ветеранов (*VA*). Таким образом, речь шла о, возможно, наиболее масштабном и многоцелевом общенациональном эпидемиологическом исследовании в сфе-

Наиболее точные определения используемых в исследовании понятий «вьетнамский ветеран», «ветеран-участник войны во Вьетнаме», «ветеран вьетнамской эры» даются в следующем разделе. Здесь, вслед за авторами, будем различать «ветеранов театра военных действий во Вьетнаме» (*VTW*), т. е. тех, кто находился в составе армии США непосредственно во Вьетнаме, и «ветеранов вьетнамской эры» (*VEV*) — тех, кто находился на военной службе ввремя войны, но не был во Вьетнаме. —Прим. перев.

ре психического здоровья из тех, что когда-нибудь проводились на какой-либо популяции.

Очевидно, что достижение поставленных перед *NVRS* целей потребовало уделить пристальное внимание планированию исследования, решению таких проблем как проблема выборки и ее регионализация, создание и валидизация инструментария, методы сбора данных и множество других частных методических вопросов. Кроме того, предъявляемые высокие требования к надежности результатов были обусловлены пониманием противоречивого характера самого предмета исследования, т. е. ПТСР; повышенной заинтересованностью ряда политических групп в его результатах; ожидаемыми практическими мерами, вытекающими из этих результатов. Для того, чтобы политики могли принимать решения, результаты исследования должны получить поддержку научного сообщества, различных политических группировок и, конечно, Конгресса. Как и в любом исследовательском проекте, убедительность результатов *NVRS* прямо зависела от обоснованности плана исследования.

Чтобы проект отвечал своим амбициозным фактологическим и методологическим целям, мы разработали план исследования, включавший множество компонентов (Kulka, 1990). Основу фактического материала, в соответствии с планом, должен был составить общенациональный опрос поколения вьетнамской эры (*NSVG*)¹.

Методика опроса включала в себя углубленное очное интервьюирование выборки населения, представлявшей три исследуемые группы, его продолжительность варьировала от 3 до 5 часов. Эти группы составили:

◆ Ветераны войны во Вьетнаме (*VTV*) — лица, находившиеся на действительной военной службе в армии США во время вьетнамской эры (5 августа 1964 года — 7 мая 1975 года) и проходившие службу на территории Республики Вьетнам, включая ее территориальные воды и воздушное пространство.

◆ Ветераны вьетнамской эры (*VEV*) — находившиеся на действительной военной службе в армии США во время вьет-

¹ National Survey of the Vietnam Generation.

намской эры, но не присутствовавшие на театре боевых действий во Вьетнаме.

♦ Контрольная группа из гражданских лиц {CO} — не служивших в армии во время вьетнамской эры. Эта группа по основным социодемографическим признакам соответствовала группе VTV (возрасту, полу, национальной/расовой принадлежности, для женщин — по профессии).

Для того, чтобы обеспечить статистическую надежность сравнительных данных, особо выделялись подгруппы негров, испаноговорящих, женщин, а также ветеранов-инвалидов.

Содержание интервью охватывало широкий спектр проблем адаптации. В нем затрагивались вопросы брака и семьи, образования, профессиональной деятельности, военной службы; вьетнамский опыт, стрессовые и травматические события в жизни, состояние психического и физического здоровья, обращаемость за психологической и медицинской помощью, социальное обеспечение.

Еще два компонента, включенные в состав методического блока *NSVG*, заслуживают отдельного упоминания. Это — клиническое обследование и интервью, посвященное супружеским/сексуальным отношениям.

Клинический компонент состоял, по сути, в катамнестическом обследовании 440 ветеранов, которое проводилось специалистами в сфере охраны психического здоровья. Применялась полуструктурированная клиническая беседа с использованием метода Структурированного клинического интервью для *DSM-III-R (SCID-III-R)*² и батареи психодиагностических методик. Целью клинического обследования являлось получение дополнительной информации о наличии или отсутствии различных психических нарушений, в особенности ПТСР. Оно проводилось специалистами, имеющими опыт работы в области стрессовых расстройств и проживающими в 28

наиболее крупных стандартных статистических зонах США³, т. е.

¹ civilian counterparts. — *Прим. перев.*

² *SCID* — структурированное клиническое интервью. Методика, предназначенная для диагностики психических расстройств, классифицируемых в *DSM-III-R*. — *Прим. перев.*

³ Standard Metropolitan Statistical Areas (*SMSA*).

регионах, используемых при проведении традиционных общенациональных статистических исследований. Выборка, подлежащая клиническому обследованию, являлась частью общей выборки *NSVG*, и состояла из лиц, проживающих в этих 28 зонах в пределах «разумной досягаемости». Она, в свою очередь, делилась на две выборки на основе результатов общего опроса: первая включала всех тех лиц, кто скорее всего страдает ПТСР (ПТСР+), вторая — выборку из тех респондентов, кто, по-видимому, не имеет симптомов ПТСР (ПТСР-).

Интервью по вопросам супружеских/сексуальных отношений проводилась с супругом или «близким человеком» ветерана (*VTV*); им было охвачено 450 человек. Целью этого интервью являлось получение данных о том, какое влияние оказывают психологические проблемы ветеранов на совместно проживающих с ними близких людей. Выборка для этого интервью была составлена таким образом, чтобы в нее вошли, с одной стороны, супруги тех ветеранов, у которых установлено наличие значимо высокого уровня послевоенных психологических проблем, а с другой — тех, у кого эти проблемы отсутствуют.

Определение популяций и репрезентативных выборок: кого именно мы изучаем?

Самым первым и важным шагом при проведении эпидемиологических исследований среди населения, в особенности — связанных с распространенностью ПТСР, является выделение и операциональное определение популяции-«мишени», т. е. той группы населения, которая представляет интерес для исследования. Рассмотрим, к примеру, такой на первый взгляд простой термин, как «вьетнамский ветеран». Следует ли к ним относить тех лиц, которые лишь относительно короткое время находились на военной службе во время вьетнамской эры или даже недолго воевали во Вьетнаме? Как поступить с ветеранами более старшего возраста, которые участвовали также и в корейской войне и/или других прежних войнах? Что делать с теми, кто и в настоящее время являются резервистами или принадлежат к национальной гвардии, либо все еще находятся на военной службе (последние даже по определению не являются «ветеранами»)?

Единственно возможным решением в рамках NVVRS этой проблемы оставалось включить в исследование в качестве популяции-«мишени» всех, кого официально считают «ветеранами Вьетнама». Таким образом, было дано следующее определение ветеранам, участвующим в исследовании: это «все лица, проходившие военную службу (в течение 180 или более дней) в Вооруженных силах США в период вьетнамской эры (с 5 августа 1964 по 7 мая 1975), за исключением тех, кто и в настоящее время (во время проведения опроса) состоит на военной службе» (Kulka et al., 1990).

<...> Этим определением, согласно некоторым оценкам, охвачено примерно 93-94 % генеральной совокупности, т. е. той группы людей, которые находились на военной службе в период войны во Вьетнаме, что стало само по себе беспрецедентным по полноте охвата исследованием данной популяции. Поэтому полученные в исследовании показатели по ПТСР и другим психологическим проблемам ветеранов могли существенно отличаться от результатов, полученных в других исследованиях, проводившихся на вьетнамских ветеранах.

Вторая задача, которую предстояло решить в рамках эпидемиологического исследования, определялась необходимостью осуществить вероятностную выборку из всех ветеранов вьетнамской эры, за исключением тех, кто все еще продолжает военную службу <...>. Необходимо было получить полный список лиц, составляющих исследуемую популяцию. В предыдущих исследованиях это делалось обычно с помощью телефонного либо очного опроса владельцев жилья (лиц, на которых оно зарегистрировано). Однако подобный метод, как показали даже наиболее корректные исследования, позволяет охватить лишь 32-38 % популяции ветеранов, что связано с тем, что не все ветераны сообщают о своем статусе.

Поэтому было принято решение осуществить выборку непосредственно из военных архивов, содержащих сведения о личном составе, для чего предстояло проанализировать десятки тысяч записей. Помимо очевидных преимуществ избранного способа получения желаемой выборки по сравнению с опросом владельцев жилья, он имеет два существенных недостатка. Во-первых, для того чтобы воспользоваться им,

соблюдая корректность, надо сначала составить список из более чем 8 млн лиц — тех кто служил в армии в эпоху Вьетнама, и лишь после этого осуществить случайную выборку, зная при этом точную вероятность попадания в нее каждого человека. Создание полного списка потребовало бы доступа к военным архивам, расположенным в самых разных местах. Вторым недостатком данного способа, по сравнению с опросом владельцев жилья, является отсутствие в армейских архивах сведений о том, находится тот или иной ветеран в числе живущих, а также данных о его нынешнем местожительстве. Нередко эти последние данные имеют 20-летнюю давность, и, кроме того, теоретически; выборка, составленная по архивным записям, может быть «разбросана» буквально по всему миру.

Для того чтобы восстановить адреса ветеранов, пришлось воспользоваться данными целого ряда агентств и институтов, включая Институт профессиональной безопасности и здоровья (*NIOSH*), кредитные организации, базу данных на владельцев автотранспортных средств и мн. др. Используя буквально все возможные способы установления местожительства, удалось в конечном итоге определить адреса более 95 % ветеранов, вошедших в выборку (более 96 % УГУ и 93 % *VEV*).

Когда выборка была определена, она оказалась столь рассеянной, что интервьюирование проводилось практически повсеместно на территории 50 штатов и Пуэрто-Рико. При этом размер региональных субвыборок по своей численности варьировал от 2 человек, проживающих в Южной Дакоте, до более 200 человек — в Калифорнии (в последнем случае были охвачены почти все округа штата). Среднее расстояние, которое пришлось преодолеть интервьюерам для того, чтобы опросить *VTV*, составило почти 200 миль, что потребовало в среднем 7 часов пути. Для *VEV* эти цифры составили 160-170 миль и 6 часов, для выборки гражданских лиц (*CC*) они были лишь немного меньше. Таким образом, избранный способ формирования выборки на основе данных армейских архивов потребовал немалой цены с точки зрения усилий, затраченных на проведение каждого интервью (и, соответственно, стоимости), что, впрочем, окупилось широтой охвата исследуемой популяции, обеспечившей репрезентативность полученных данных.

Определение контрольных групп: с кем сравнивать?

Фундаментальная проблема, которая должна быть решена практически в любом исследовании, направленном на эпидемиологическое изучение ПТСР, состоит в определении контрольных групп. Они необходимы для того, чтобы можно было с определенной степенью надежности проверить альтернативные гипотезы, которые могут вытекать из результатов исследования. К примеру, можно проверить гипотезу о том, что выявленный показатель распространенности ПТСР в экспериментальной выборке (т. е. в популяции-«мишени») зависит от избранного метода его измерения, или, скажем, обусловлен распространенностью ПТСР среди населения в целом. В рамках *NVRS* было важно выяснить не только распространенность ПТСР у участников войны (*VTV*), но и определить достоверность отличий этого показателя среди *VTV* (в сторону повышения) по сравнению с *VEVn CC*. Установление значимых различий в распространенности ПТСР в экспериментальной выборке, с одной стороны, и в одной или более контрольных — с другой, повышает достоверность вывода о том, что показатель распространенности, обнаруженный в популяции-мишени, является истинным, а не есть артефакт избранного метода оценки или попросту отражает общую закономерность, присущую всей популяции (населению страны в целом).

Вторая причина, которая определила необходимость обследования контрольных групп, заключалась в том, что воздействие травматических стрессовых обстоятельств (как условие возникновения ПТСР) не есть случайная переменная относительно населения в целом. Более того, травматический характер воздействия событий, могущих стать причиной ПТСР, в свою

очередь, может зависеть от множества индивидуальных психологических факторов, которые могли бы объяснить различия в показателях распространности. В случае *NWRS*, например, нельзя было сказать,

что участники опроса были случайным образом отобраны на военную службу и затем случайным же образом оказались во Вьетнаме. Следовательно, различия, которые мы наблюдаем сегодня в распространенности ПТСР у VTV и в контрольных группах, в равной

мере могут быть обусловлены различиями в их базовом опыте (служба во Вьетнаме *VTV*) и различиями в их исходных (до-вьетнамских) личностных характеристиках (включая и до-вьетнамский опыт), которыми они уже отличались до поступления на военную службу.

В решении Конгресса о проведении *NWRS* было сказано об «изучении распространенности послевоенных психологических проблем у ветеранов войны во Вьетнаме». В принципе, эта цель могла быть достигнута лишь изучением *VTV*. Совершенно очевидно, однако, что любая полученная информация о текущей адаптации ветеранов приобретает гораздо больший смысл в контексте их сравнения с адаптацией в других сопоставимых группах населения. Эти соображения в конечном счете и обусловили включение избранных контрольных групп в план исследования.

Предстояло, однако, ответить еще на один вопрос: что именно должна представлять из себя контрольная группа? Должна ли это быть одна группа или их должно быть несколько? Выбор одной из групп, *VEV*, т. е. тех, кто находился на военной службе, но не был на театре боевых действий во Вьетнаме, вполне закономерен и очевиден. Если бы у *VTV* обнаружилось более высокие показатели ПТСР по сравнению с *VEV*, одним из возможных объяснений могло стать наличие у первых боевого опыта, полученного во Вьетнаме. В то же время эти различия могли бы объясняться различиями в исходных (базовых) характеристиках этих подгрупп, учитывая явно не случайный характер того, что во Вьетнаме оказалась только часть из военнослужащих. Поэтому выборка *VEV* была специально подобрана таким образом, чтобы соответствовать по возрастным и расовым характеристикам выборке, отобранной из популяции *VTV*. Только в этом случае гипотеза о влиянии боевого опыта, полученного во Вьетнаме, на распространенность ПТСР в группе УТУ была бы убедительно доказана. Другие, конкурирующие гипотезы (например, о том, что различия обусловлены наличием травматизации в детском возрасте), также могут быть проверены с помощью статистического контроля соответствующих факторов риска и других характеристик, выявленных в подгруппах.

Подбор контрольных групп для *NVRS* также позволял проверить еще одну гипотезу, а именно, что распространенность психологических проблем у *VTV* не детерминирована таким общим фактором, каким является служба в армии как таковая. Ведь выбор военной службы тоже не является случайным, как и то, что конкретный военнотружаший был направлен во Вьетнам. Следовательно, те, кто оказался в армии, могут отличаться по своим характеристикам (которые влияют на текущий уровень адаптации) от тех, кто в армии никогда не служил. Чтобы проверить только что упомянутую гипотезу, и потребовалось подобрать вторую контрольную группу из тех, кто не проходил военной службы (*CC*), но по своему возрасту и расовым характеристикам соответствовал группам *VTV* и *VEV*. Это позволяло более надежно осуществлять статистический контроль более разнообразного набора переменных (факторов риска) и получить более обоснованные сравнительные данные о распространенности ПТСР и факторах риска.¹

Отдельной проблемой является подбор контрольных групп для женской выборки *VTV*, учитывая, что абсолютное большинство из них, около 85 %, находились во Вьетнаме в качестве медицинских сестер. Учитывая профессиональную гомогенность этой выборки (а следовательно — гомогенность и с точки зрения образования, социоэкономического статуса), контрольные группы *VEV* и *CC* также были составлены из медицинских сестер, соответствующих по основным социодемографическим признакам группе *VTV* — женщин.

Еще одна контрольная группа, введение которой позволяло решить проблемы, вытекающие из слишком широкого определения вьетнамских ветеранов, принятого в *NVRS*, тоже должна быть упомянута. Очевидно, что не каждый, кто находится на войне, участвует непосредственно в боевых операциях или находится на поле боя. Военные считают, что на каждого воющего солдата приходится четыре, занятых различными видами обеспечения. Поскольку предполагалось, что воздействие боевого стресса и других факторов, присутствующих в зоне боевых действий, является «активным элементом», влияющим на показатель распространенности ПТСР, включение в экспериментальную группу слишком большого числа

ветеранов подразделений обеспечения могло бы существенно исказить истинную картину распространенности ПТСР. То есть реальные различия между V7T и CC оказались бы замаскированными. Чтобы исключить вероятность такого искаженного результата, нам было необходимо найти способ оценки уровня военного стресса у V7T с тем, чтобы разделить выборку УГУ на две подгруппы — подгруппу с высоким и с низким уровнем стресса. Затем мы могли бы сравнить показатели распространенности ПТСР в этих подгруппах, что послужило бы наиболее «сильным» тестом при проверке нашей основной гипотезы, в соответствии с которой распространенность выше в группе «ветеранов войны».

Предпосылкой нашей попытки разработать способ возможно полной оценки уровня военного стресса послужили данные целого ряда исследователей, показавших, что военная травма является многоуровневым феноменом (например, Egendorf et al., 1981; Laufer et al, 1984).

Более того, мы обнаружили в литературе практически все необходимые понятия и методики, предназначенные для оценки боевого и военного стресса, которые вполне можно было использовать в рамках нашего исследования.

Мы начали подбирать методики и составлять показатели, направленные на оценку 8 широких сфер, выделяемых большинством авторов:

- ◆ общие индикаторы вовлеченности в боевые действия;
- ◆ воздействие иных, нежели участие в боях, стрессовых факторов и условий службы во Вьетнаме;
- ◆ число, характер и продолжительность эпизодов, связанных с нахождением непосредственно во фронтовых подразделениях;
- ◆ специальные показатели, связанные с участием в боях, включающие оценку степени, характера и частоты воздействия таких факторов, как огонь противника, боевое соприкосновение с противником, ранение или гибель американских солдат;
- ◆ воздействие эпизодов, связанных с ранением или убийством гражданских лиц из числа вьетнамцев, участием в насилии над мирными жителями;

- ♦ уровень воспринимаемого риска, угрозы для жизни или опасности получения ранения;
- ♦ уровень и характер позитивных переживаний, связанных с пребыванием на войне;
- ♦ аспекты военного стресса, имеющие отношение к деятельности сестер и другого медицинского персонала, включая обращение с погибшими или умирающими.

Мы предположили, что для всесторонней характеристики вьетнамского военного стресса необходимо в той или иной мере оценить все перечисленные аспекты, неважно, рассматривать ли их как вполне самостоятельные или использовать в контексте выведения обобщенного показателя, позволяющего адекватно оценить военный опыт всех участников нашего исследования.

Для того чтобы разработать обобщенный показатель уровня военного стресса, мы, используя метод главных компонент¹, проанализировали около 100 утверждений, описывающих все эти аспекты. Нашей целью было отыскать способ объединения частных показателей, отражающих структуру военного опыта, и позволяющий представить этот опыт в наиболее адекватной, и в то же время, компактной форме. Этот анализ, проведенный отдельно на мужской и женской выборках VTV, обнаружил четыре ведущих фактора у мужчин и шесть — у женщин.

Для мужчин это были:

- ♦ участие в боях;
- ♦ участие (включая свидетельство) в насилии над мирными жителями и связанных с этим конфликтах;
- ♦ депривация;
- ♦ утрата смысла, потеря контроля.

Для женщин:

- ♦ обращение с ранеными и убитыми;
- ♦ попадание под огонь противника;
- ♦ прямое участие в боях;
- ♦ свидетельство насилия; ♦ депривация;
- ♦ утрата смысла, потеря контроля.

Разновидность факторного анализа. — Прим. перев.

Разработанные для каждого из этих факторов показатели характеризовались высокими значениями надежности как внутренней согласованности (коэффициент варьировался от 0,704 до 0,973, а его среднее значение составило 0,873). Несмотря на то, что для определения факторов использовался способ ортогонального вращения, корреляции между ними были достаточно высокими, что указывает на их избыточность или сильное взаимопересечение. Кроме того, показатели по каждому фактору обнаружили по крайней мере умеренную корреляцию с одной из методик, которую мы использовали для оценки ПТСР — Миссисипскую шкалу постбоевого ПТСР¹ (Kean et al, 1988).

Затем, чтобы получить единый общий показатель, позволяющий охарактеризовать уровень военного стресса, мы, отбросив один из факторов (утрата смысла и потеря контроля)², провели повторный анализ по методу главных компонент, так называемый анализ главных компонент второго порядка. Он показал наличие единственного общего фактора у мужчин и двух — у женщин (в последнем случае второй общий фактор был существенно «слабее» первого). Таким образом, общим показателем военного стресса, дающим возможность охарактеризовать индивидуальный уровень такового у каждого из *VTV*, стала взвешенная линейная комбинация частных показателей (или факторные счета) каждого из респондентов. Коэффициенты корреляции общего показателя с Миссисипской шкалой составили 0,575 для мужчин и 0,516 для женщин.

Полученный общий показатель, или *индекс военного стресса* мог использоваться в параметрических процедурах анализа — корреляционном и регрессионном анализе. В то же время, у нас было достаточно оснований для предположения о том, что взаимосвязь военного стресса и ПТСР не обязательно является строго линейной, т. е. здесь может иметь место «пороговый эффект». Поэтому было желательно, в том числе и для удобства представления результатов, выделить среди ветера-

Mississippi Scale for Combat-Related PTSD.

По мнению авторов, этот фактор сочетает в себе аспекты *воздействия*^ стресса и *реакции* на это воздействие. — Прим. перев.

нов войны *полярные группы*, различающиеся по величине индекса военного стресса. Чтобы избежать произвольности разделения групп, для определения пороговых значений, статистически значимо различающих *VTVc высокими и низкими* значениями этого индекса, был проведен ряд дополнительных статистических процедур. В результате, в качестве пороговых были взяты значения, соответствующие 75 %-й и 25 %-й границам распределения показателя у мужчин (группы с высоким и низким уровнями военного стресса) и 60 %-й и 40 %-й Границам у женщин. Так как разработанный показатель был основан исключительно на данных самоотчета, необходимо было проверить его валидность по некоторому более объективному критерию. Для этого была проанализирована связь индекса военного стресса с несколькими объективными показателями, взятыми из материалов архивных дел, такими как наличие наград, военная специальность. Оказалось, что среди тех, кто был награжден «Пурпурным Сердцем», 70 % были классифицированы как лица с высоким уровнем военного стресса, тогда как среди тех, кто не имел этой награды, лишь 22 % были отнесены к данной подгруппе. Подобным же образом, как имеющие высокий уровень военного стресса были расценены 49 % морских пехотинцев и 31 % военнослужащих сухопутных войск. В то же время среди военных моряков и летчиков только 10 % были отнесены к этой группе. Очевидно, что эти факты укрепили нашу уверенность в надежности выведенного на основе самоотчета показателя.

Итак, общим планом *NWRS* было предусмотрено выделение среди группы УГУ двух подгрупп, дифференцированных по уровню военного стресса, а также получение сравнительных данных в контрольных группах УЕУи СС. В качестве примера, иллюстрирующего важность использования этих контрольных групп для проверки конкурирующих гипотез, можно привести анализ проблемы предрасположенности. Чтобы оценить роль «факторов предрасположенности», т. е. тех индивидуальных характеристик, с которыми будущие ветераны пришли на военную службу и оказались во Вьетнаме, мы отобрали более 80 признаков и особенностей их доармейского и довьетнамского опыта, которые могли бы повлиять на показа-

тели ПТСР в исследуемых группах. Влияние этих факторов оценивалось с помощью серии процедур множественного регрессионного анализа.

Было обнаружено, что наличие «факторов предрасположенности» уменьшает различия в показателях распространенности ПТСР в экспериментальной (*VTV*) и контрольных группах, что указывает на определенную роль этих факторов в формировании данного вида расстройств. Однако эти различия оставались все же слишком большими и статистически значимыми, чтобы можно было объяснить их лишь влиянием личностного фактора. Дополнительный анализ подгрупп внутри группы *VTV* позволил установить значительную роль уровня военного стресса, его «вклад» в распространенность ПТСР. В совокупности проведенный анализ данных позволил отвергнуть альтернативную гипотезу исследования о том, что текущие проблемы адаптации *V7* обусловлены их индивидуально-психологическими характеристиками, т. е. личностным фактором. Таким образом, результаты, полученные в рамках *NVVR*S, скорее согласуются с той концепцией ПТСР, которая объясняет развитие ПТСР у участников войны влиянием как фактора предрасположенности, так и воздействием средовых факторов.

Как определялись лица, страдающие ПТСР

Самым значительным вызовом для науки при проведении эпидемиологических исследований является проблема идентификации «случая». Действительно, как определить, кто из участников имеет ПТСР, т. е. относится к «случаю», а кто нет? В клинических исследованиях, имеющих дело с пациентами, последние, как правило, сами обратились за помощью в связи с имеющимися проблемами, симптомами, со своей «историей» (например, «Я пришел потому, что...»). Диагностическое интервью, проводимое в клинических условиях, поэтому часто начинается с таких вопросов, как: «Расскажите, что привело вас сюда», или «Чем я могу вам помочь?». В нашем случае респондент вовсе не приходит к интервьюеру, чтобы рассказать ему свою историю. Напротив, последний сам должен прийти к респонденту и постараться узнать его (или ее) историю, и

здесь «описание проблемы» отнюдь не является стартовой точкой процесса оценивания.

В соответствии с тем акцентом, который содержался в поручении Конгресса, исследовательская группа *NVVR* направила все усилия на то, чтобы его план способствовал получению максимально точных данных о распространенности ПТСР среди вьетнамских ветеранов. Достижению этой главной цели должны были послужить две важные особенности предложенного исследовательского проекта. Во-первых, когда *NVVR* только планировалось, Американская психиатрическая ассоциация (*APA*) занималась пересмотром третьего издания *DSM-IR* (*APA*, 1980) и содержащихся в нем определений психических расстройств, которые в США являются официальными. Для того чтобы результаты *NVVR*, которые только предстояло получить, соответствовали бы новому официальному определению ПТСР, исследовательская группа работала в тесной координации с рабочей группой *APA* по пересмотру *DSM-III*. В частности, мы выступали ко-спонсором «Семинара по проблеме определения и измерения ПТСР», рекомендации которого легли в основу пересмотра данной диагностической категории. Поэтому полученные в рамках *NVVR* данные о распространенности ПТСР соответствуют тому пониманию этого вида психических расстройств, которое содержится в новой официальной классификации — *DSM-III-R* (*APA*, 1987).

Во-вторых, основным принципом, определяющим точность любой диагностической процедуры, является ее *валид-пость*, т. е. способность относить к «случаям» тех индивидов, у которых действительно имеется заболевание, и не относить тех, у кого заболевание отсутствует, определяя последних, как «не-случай». Для достижения диагностической валидности нами была использована процедура «двойной валидации», состоявшая из двух этапов — предварительного и повторного.

Необходимость предварительного этапа валидации диагностической процедуры, которую мы собирались использовать в *NVVR*, была обусловлена тем, что какие-либо данные, касающиеся валидности используемых методик для выявления ПТСР (в рамках опроса), попросту отсутствовали. Поэтому предстояло определить, какие из планируемых методик действительно обладают дискриминативностью, т. е. различа-

ют «истинные случаи» ПТСР от «истинных не-случаев». Для этого методики предъявлялись в подгруппах ветеранов, чей диагностический статус был известен (как правило, это были ветераны, проходящие психиатрическое лечение), причем он был подтвержден не только данными истории болезни, но и специальным экспертным клиническим обследованием. Последнее проводилось «слепым» методом, т. е. эксперт-клиницист не был осведомлен о диагнозе, содержащемся в истории болезни. Группы «ПТСР» и «не ПТСР» («ПТСР+» и «ПТСР-») были составлены из тех, у кого эти два диагноза полностью совпадали. Результаты предварительной валидации показали, что несколько из отобранных диагностических скрининговых методик классифицируют эти подгруппы с необходимой степенью точности (Schlenger, Kulka, 1987). Это и позволило принять решение о том, какие инструменты можно использовать при проведении опроса¹.

В то же время, поскольку предварительная валидация осуществлялась на пациентах, проходящих психиатрическое лечение, мы вовсе не предполагали, что отобранные инструменты подтвердят полную валидность в рамках опроса, т. е. при проведении *NSVG*. Мы лишь предполагали, что оценки, сделанные на клинической выборке относительно диагностических возможностей нашего инструментария, вероятнее всего подтвердятся и на неклинической популяции.

Чтобы проверить правильность этого предположения, в план исследования *NVRS* был включен клинический компонент, т. е. клиническая оценка состояния респондентов. Необходимо было иметь дополнительную информацию о соотношении показателей ПТСР, получаемых в ходе опроса, с «истинными ПТСР». Клиническая часть исследования была спланирована как изучение валидности на основе применения множества методов выявления ПТСР, включая полуструктурированное клиническое интервью, проводимое опытными клиницистами. Окончательное диагностическое решение, или идентификация «случаев ПТСР», осуществлялась на основе информации, получаемой из разных источников с помощью различных методов (см. табл. 5.1).

¹ Речь идет об одном из компонентов плана *NWRS* — исследовании, проведенном методом опроса — *NSVG*. — *Прим. перев.*

Методики диагностики Таблица 5.1
ПТСР, в **использовавшиеся**
 клинической части **NVRS**

Название	Описание	Тип данных	Источник данных
<i>M-PTSD</i>	Миссисипская шкала постбоевого ПТСР	самоотчет	опрос
<i>MMPI-PTSD</i>	Шкала ПТСР <i>MMPI (Fairbank-</i>	самоотчет	клиническое
<i>SCIDX</i>	Диагноз ПТСР по <i>SCID</i>	клиническое	клиническое
<i>SXCTCURR</i>	Количество симптомов ПТСР за последние	самоотчет в интервью	опрос
<i>SRRS-INT</i>	Субшкала «вторжения» <i>SSRS</i> — наличие симптоматики	клиническое заключение,	клиническое интервью
<i>SRRS-AVD</i>	Субшкала «избегания» <i>SSRS</i> — наличие симптоматики	клиническое заключение,	клиническое интервью
<i>SRRS-REA</i>	Субшкала «реактивности» <i>SSRS</i> — наличие симптоматики	клиническое заключение,	клиническое интервью
<i>IES-INT</i>	Субшкала «вторжения» <i>IOES</i> — оценка симптомов вторгающихся образов в наихудший период в	буклетный самоотчет	клиническое интервью
<i>IES-AVD</i>	Субшкала «избегания» <i>IOES</i> — оценка симптомов избегающего поведения в	буклетный самоотчет	клиническое интервью
<i>ASSES-SC</i>	Общая оценочная шкала (<i>GAS</i>) — оценка общего	клиническое заключение,	клиническое интервью

Клиническое интервью выступало в качестве второго этапа общей двухэтапной процедуры идентификации «случаев», что обычно имеет место при проведении эпидемиологических популяционных исследований (Dohrenwend et al, 1986). На первом этапе, в ходе *NSVG*, изучаемые когорты подвергались скринингу с использованием Миссисипской шкалы постбоевого ПТСР (Kean et al., 1988), подтвердившей свою валидность в ряде независимых исследований. На втором этапе производилась выборка, стратифицированная на основе скрининга, которая затем подвергалась подробному клинико-диагностическому обследованию. Потом диагностические данные с помощью статистических процедур проецировались на изучаемые когорты, в результате чего выводились общенациональные показатели распространенности ПТСР.

С каждым участником клинической части исследования проводилось полуструктурированное диагностическое интервью, на основе которого выносилось окончательное диагностическое решение о наличии или отсутствии ПТСР. Кроме того, каждый диагност по результатам интервью заполнял ряд клинических шкал, описывая свои клинические впечатления от участника, а участники выполняли несколько дополнительных психодиагностических методик, направленных на выявление ПТСР. Опросу подвергался также партнер или супруг (супруга) участника, если таковые имелись. В результате мы имели в наличии данные по 5 опросникам (шкалам), прямо направленным на выявление ПТСР; плюс данные по нескольким шкалам психопатологической симптоматики, менее прямо связанным с ПТСР, но все же имеющим к нему отношение; плюс данные по четырем клиническим шкалам, основанным на суждении клинициста, проводившего обследование.

Все методики, использованные нами в исследовании, представлены в табл. 5.1.

Выявление «случаев» для их последующего клинического обследования осуществлялось на основе анализа комбинаций из 5 первичных индикаторов *текущего* ПТСР. Критерием последнего выступало наличие по крайней мере *трех* позитивных индикаторов ПТСР из общего списка, равного пяти. Только в этом случае участник подвергался клиническому обследо-

ванию, на основе которого ставился окончательный диагноз ПТСР. Фактически, в 87 % случаев 4 из 5 индикаторов совпали с клиническим диагнозом, а в остальных 13 % — 3 из 5. Диагноз, основанный на учете множества индикаторов, называется *композиционным*.

Тремя важнейшими индикаторами наличия ПТСР в нашем исследовании являлись:

- ◆ заключение диагноста о наличии или отсутствии ПТСР у участника, основанное на данных структурированного клинического интервью (*SCID*);
- ◆ индивидуальный показатель по Миссисипской шкале пост-боевого ПТСР;
- ◆ индивидуальный показатель по шкале ПТСР *MMPI*.

<...> Дополнительно нами были разработаны еще два первичных индикатора, построенных на основе других независимых методик определения ПТСР. Их статистическая комбинация была получена на группе участников, в отношении которых не было расхождений в первых трех индикаторах, т. е. все они указывали на наличие у субъекта текущего ПТСР. Эти дополнительные показатели были выведены по данным трех методик: Шкалы оценки стрессовой реакции¹ (Weiss, Horowitz & Wilner, 1984), Шкалы воздействия события² (Horowitz M., Wilner N., & Alvarez W., 1979) и Общей оценочной шкалы³ (Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen, 1976), и, как оказалось, они обнаружили совпадение с диагнозом в 97 % случаев (Kulka et al., 1980).

Диагностические данные, полученные в рамках клинического компонента *NVVRs*, были затем экстраполированы на всю исследуемую выборку с помощью метода логистической регрессии, причем в качестве предикторов использовались только те переменные, которые изучались в ходе опроса. Избранный метод выявления «случаев» на основе композиционного диагноза, как оказалось, продемонстрировал более высокую точность по сравнению с другими алгоритмами (в частности, с теми, которые основаны исключительно на данных клинического интервью).

¹ Stress Response Rating Scale (*SRRS*).

² Impact of Event Scale (*IOES*).

³ Global Assessment Scale (*GAS*).

Выявленные в ходе *NVVR* оценки текущего показателя распространенности ПТСР у ветеранов Вьетнама составили 15,2 % для мужчин и 8,5 % для женщин¹ (Kulka et al., 1990). Это означает, что примерно 480 000 из почти 3,2 миллиона ветеранов театра военных действий (VTV) в настоящее время страдают ПТСР. Как среди мужчин, так и среди женщин, отнесенных к подгруппе с высоким уровнем военного стресса, показатель распространенности ПТСР был существенно выше ($p < 0,0001$), чем в подгруппе с умеренным и низким уровнем военного стресса (у мужчин — в 4 раза, у женщин — в 7 раз). Для обоих полов показатель распространенности ПТСР у VTV существенно превышал таковой у VEV (2,5 % у мужчин, $p < 0,0001$; 1,1 % у женщин, $p < 0,0001$) и у CC (1,2 % у мужчин, $p < 0,0001$; 0,3 % у женщин, $p < 0,0001$).

Среди испаноговорящих VTV-мужчин текущий показатель ПТСР составил 27,9 %, среди негров — 20,6 %, среди «белых и остальных» — 13,7 % (уровень значимости различий между всеми расовыми подгруппами составил $p < 0,0001$). Общая тенденция превышения данного показателя у VTV по сравнению с контрольными группами VEV и CC подтвердилась и в подгруппах, выделенных по расовому/национальному признаку ($p < 0,0001$).

Обеспечение полноты данных

Популяционные эпидемиологические исследования обычно преследуют как *описательные*, так и *аналитические* цели. Описательные задачи включают получение показателей распространенности изучаемого расстройства в различных группах и подгруппах населения. Аналитические же задачи заключаются в выявлении факторов риска и исследовании других вопросов, связанных с этиологией заболевания.

С научной точки зрения, полнота исследования требует постановки и описательных, и аналитических целей. Практически же исследование факторов риска требует получения значительно большего объема информации, чем это необходимо для установления показателей распространенности. В свя-

¹ Имеются ввиду случаи «текущего ПТСР», т. е. те ветераны, у которых ПТСР выявлены на момент проведения исследования. — *Прим. перев.*

зи с этим возникают (и требуют решения) следующие два вопроса: (1) Возможно ли собрать требуемую информацию, не причиняя напрасных неудобств и беспокойства респондентам? И если нет, то (2) чем компенсировать тот большой объем требуемой от респондента работы, который необходим для получения максимально полного массива данных?

<...> Напомним, что в решении Конгресса по *NVVR*S указывалось на необходимость полного и всестороннего изучения проблемы. Учитывая это, в своей содержательной части опрос затрагивал широкий спектр проблем адаптации ветеранов, включая вопросы семьи и брака, образования и профессии, воинской службы и боевого вьетнамского опыта, стрессовых и травматических событий, употребления сильнодействующих и наркотических веществ, психических заболеваний, физического здоровья, социальной поддержки, медицинской и психиатрической помощи. В результате, обеспечение полноты информации потребовало проведения в среднем 5-часового интервью с каждым из *VTV*, 4-часового — с *VEVw* 3-часового — с *CC*. Более того, свыше 80 % всех интервью проводилось за одну сессию. Помимо временной продолжительности, само по себе интервью было весьма чувствительно для многих респондентов, поскольку они как бы заново подвергались травмированию, и у них вновь оживали болезненные воспоминания о событиях, о которых предпочтительнее было бы забыть.

Чтобы помочь решить подобные проблемы, если они возникнут в процессе интервью, было организовано специальное обучение интервьюеров в форме 10-дневного тренингового курса по программе *NSVG*. Помимо обучения технике проведения интервью, курс включал в себя рассмотрение проблем сензитивности. Так, тренеры помогали интервьюерам идентифицировать те части интервью, которые могут с наибольшей вероятностью вызывать эмоциональные реакции у респондентов; учили распознавать поведенческие признаки эмоционального реагирования и разрешать возможные эмоциональные проблемы респондентов. Данный раздел тренинга проводился группой квалифицированных клиницистов, имеющих большой опыт диагностики и лечения стрессовых расстройств, в особенности — у ветеранов боевых действий.

Помимо специального тренинга, мы образовали группы поддержки как для респондентов, так и для интервьюеров. Последние имели при себе список адресов и телефонов местных служб психического здоровья (например, ветеранских центров и центров психического здоровья), куда в случае необходимости могли бы обратиться респонденты. Кроме того, мы просили интервьюеров сообщать членам тренинговой группы о всем «необычном», что могло произойти во время их контактов с респондентами. Такие случаи обсуждались интервьюером с клиницистом, после чего ими принималось решение о совместных мерах (например, это мог быть телефонный звонок врача респонденту, рекомендации относительно лечения и пр.). Наконец, с каждым из респондентов мы выходили на контакт по телефону спустя примерно неделю после интервью, с тем чтобы поинтересоваться, не было ли каких-либо нежелательных последствий. При этом в случае необходимости респонденту давалась информация о том, куда можно обратиться за помощью или консультацией. Случаев, когда интервью вызывало дистресс у респондентов, было совсем немного, и он не носил выраженного характера. Лишь примерно в одном из ста интервью либо респондент, либо интервьюер прибегали к предложенной нами помощи <...>.

Другим фактором, обусловившим высокую сложность интервью, было включение в него в качестве диагностического компонента шкалы *DIS*¹ (Helzer, Robins, 1988). Этот опросник, по замыслу его авторов, позволяет осуществлять диагностику на основе интервью, проводимого специально подготовленными интервьюерами-непрофессионалами. Учитывая необходимый уровень подготовленности, практического опыта и супер-визии, требуемый для правильного проведения *DIS*, обучение методике включает 10 полных дней с последующей сертификацией интервьюера. Из более чем 140 подготовленных для *NVRS* интервьюеров около 20 % не сумели или не захотели достичь такой сертификации.

Несмотря на все перечисленные выше трудности, опрос, проведенный в рамках *NVRS*, отвечал практически всем ус-

¹ Diagnostic Interview Schedule.

тановленным для опросов стандартам. Было проведено 3016 интервью вместо запланированных 2980.

Из отобранной выборки УГУ было опрошено более 83.%, а если учесть фактор доступности и то, что часть отобранных *VTV* все еще проходит военную службу, т. е. юридически они не являются «ветеранами», то процент опрошенных составляет 87 %. В группах *VEVii CC* он составил 76% и 70 % соответственно, что вполне достаточно для групп, которые не являются прицельными для исследования, т. е. «мишенями».

Конечно, чтобы получить эти результаты, потребовались экстраординарные усилия. Опрос проводился более чем 100 интервьюерами в течение 15 месяцев «в три волны». Оплата респондентам, разрешенная федеральным законодательством, составила 25\$, 20\$, 15\$, соответственно, для *VTV*, *VEVw. CC*. К концу полевого этапа исследования она была поднята до 50\$, с тем чтобы максимизировать рейтинги ответов. Кроме того, учитывая, что остаток выборки оказался наиболее труднодоступен, оплата труда интервьюеров тоже была увеличена с 25\$ до 75\$ за интервью, и наиболее успешные интервьюеры путешествовали буквально по всей стране, чтобы войти в контакт с наиболее удаленными респондентами.

Два других компонента *NVRS*, каждый из которых включал повторное интервью, назначавшееся по результатам первичного опроса, тоже высветили ряд новых проблем. В особенности, это касается клинической части *NVRS*. Выборка, на которой проводилось клиническое обследование, была осуществлена из *VTVHVEV*, участвовавших в опросе и проживающих в 28 стандартных статистических зонах США. Специалисты в области психического здоровья, имеющие опыт работы со стрессовыми расстройствами, проживающие в этих зонах и привлеченные к исследованию, были специально обучены применению «версии *SCID* для непациентов» (*SCID-NP-V*). Клиническая выборка включала в себя всех тех лиц, кто по данным опроса мог являться носителями ПТСР (группа ПТСР+), а также избыточную по составу и специально подобранную для целей сравнительного клинического исследования группу «без ПТСР» (ПТСР-). Ветеранам, отобранным для клинического исследования, необходимо было записаться

на прием и пройти дополнительное 3-часовое обследование у специалиста.

Часто, чтобы это сделать, требовалось преодолеть весьма большое расстояние, и, кроме того, большинство из ветеранов никогда ранее не были на приеме у психиатра или клинического психолога. Несмотря на плату за посещение (которая на последних этапах возросла до 50\$) и оплату транспортных расходов, клиническое интервью доставляло определенные неудобства ветеранам, что вызывало жалобы с их стороны. Одно время даже казалось, что с трудом удастся достичь 65-70 %-й явки. И тогда потребовалось добиться согласия части клиницистов на то, чтобы самим выехать домой к ветеранам для проведения обследования. В итоге такое обследование прошли 440 ветеранов, что составило 85 % всей клинической выборки. Поскольку клиническое обследование в таких масштабах вообще выполнялось впервые, возникали сомнения уже в самой возможности проведения этого компонента *NVRS*.

Напротив, другой компонент повторного обследования — 1 -часовое интервью с совместно проживающим супругом или партнером ветерана, представлялся нам вполне обычным делом, не предполагающим особых затруднений. И это несмотря на то, что выборка производилась из всех *VTV*, кто принял участие в первой части опроса (т. е. она не была ограничена лишь 28 зонами)! Из отобранных для «семейного» интервью 557 *VTV*, т. е. тех, кто имел супруга или партнера, было опрошено 474 человека из числа близких ветеранов.

Таким образом, рейтинг ответов в этой части *NVRS* составил 85 %, варьируя от 83 % супругов/партнеров ветеранов-мужчин среди негров и испаноговорящих до 91 % супругов/партнеров ветеранов-женщин.

В целом же, хотя многие аспекты полноты исследования вначале находились под вопросом, мы остались довольны (если не полностью удовлетворены) полученными результатами. Несмотря на вполне резонные сомнения в возможности подобного исследования, нам удалось достичь практически всех Поставленных целей, и мы узнали много крайне важного из того, что поможет в будущем решать аналогичные задачи. Это и означает самую суть того, что называют «распечатыва-

нием конверта» применительно к любому научному поиску, и мы счастливы тем, что, пройдя это своеобразное «летное испытание», смогли внести свой скромный вклад в выдающуюся традицию опросов, показав новые возможности этого метода.

Заключение

В данной главе мы обозначили несколько ключевых проблем, с которыми сталкиваются ученые при проведении полевых исследований в области ПТСР. Мы показали эти проблемы и возможные пути их решения на примере Общенационального исследования проблем адаптации вьетнамских ветеранов (*NWRS*). Мы надеемся, что наш опыт до некоторой степени помог «распечатать конверт», и что другие исследователи смогут воспользоваться им для того, чтобы пойти дальше.

Питман Р., Шалев А., Орт С.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО: ЭМОЦИИ, ОБУСЛОВЛИВАНИЕ И ПАМЯТЬ¹

В связи с тем, что психопатологические явления часто представляют собой крайние формы адаптивного поведения, можно предположить, что в процессе лечения психических расстройств могут принимать участие эволюционные нейробиологические механизмы. Дарвин (1872) отмечал, что поведение душевнобольных часто обнаруживает «животную природу». Изучение поведения душевнобольных является областью, содержащей потенциально полезные данные, но она часто игнорируется ведущими учеными.

Недавно открытое психическое расстройство, известное как посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР),

Статья из книги: Pitman R. K., Shalev A. Y., Orr S. P. Post-traumatic stress disorder: emotions, conditioning and memory. In Gazzaniga M. S. (Ed.): *The Cognitive Neurosciences*. Cambridge, MA: MIT Press, 1999.— С 1133-1147. (Перевод Я. А. Епутаева).

описывается при помощи механизмов эмоций, обусловливания и памяти. В этой главе будет рассмотрен только ряд примеров. Полный обзор нейробиологии ПТСР приведен в других работах (Friedman, Charney & Deutch, 1995; Yehuda & McFarlane, 1997).

ПТСР и условный страх

Современное клиническое определение ПТСР, соответствующее «Диагностическому и статистическому руководству психических расстройств» четвертого издания (*DSM-IV*; АРАД994), представлено в табл. 5.2.

Таблица 5.2

Диагностические критерии ПТСР по *DSM-IV*
(*APA, 1994*)

А.	Травматическое событие/реакция. 1. Индивид пережил или стал очевидцем события, связанного со смертью или угрозой смерти или серьезным ранением, угрозой физической целостности, 2. Событие сопровождалось интенсивным переживанием страха,
В.	Травматическое событие упорно переживается вновь одним из следующих способов: 1. Вторгающиеся неприятные воспоминания травматического события 2. Возвращающиеся неприятные сновидения о травматическом событии 3. Флэшбэки травматического события дистресс/физиологическая реактивность под стимулов, связанных с травмой
С.	Избегание стимулов, связанных с травмой и уменьшение общей реактивности организма, проявляющиеся в трех из следующих признаков: 1. Попытки избегать мыслей и чувств, связанных с травмой вызывающих воспоминания о травме 3. Неспособность вспомнить какой-либо важный травмирующего события 4. Заметное снижение интереса в значимых видах деятельности

	5. Ощущение зависимости или отчужденности от 6. Сужение аффекта 7. Чувство сокращения, отсутствия будущего
D.	Критерий возбуждения, выражающийся в двух явлениях: 1. Трудности засыпания (бессонница) 2. Раздражительность, вспышки гнева 3. Трудности концентрации 4. Повышенная бдительность 5. Повышенная готовность к «реакции бегства»
E.	Длительность расстройства не менее одного месяца
F.	Расстройство обуславливает клинически значимый или нарушает социальную, профессиональную или значимую деятельность

Читатели этого раздела ознакомятся с основными элементами классического, или Павловского, обусловливания.

После травматического события (безусловный стимул, или БУС) возникает интенсивная эмоциональная реакция страха, беспомощности или ужаса (безусловная реакция, или БУР). Внешние и внутренние сигналы, которые присутствуют во время травматического события (условные стимулы или УС), получают способность вызывать интенсивные эмоциональные реакции (условные реакции или УР) на последующие события. Избегание эмоционального дистресса и возбуждения, которые вызываются сигналами, связанными с травмой, отражается во вторичном оперантном обусловливании. К специфическим симптомам ПТСР (В. 1-5, С. 1-3 в табл. 5.2), которые связаны с обусловливанием и характерны для этого расстройства, был добавлен ряд общих психиатрических симптомов (С. 4-7, D. 1-4), которые объединяют ПТСР с другими тревожными и/или депрессивными расстройствами.

Периферические физиологические реакции на связанные с травмой сигналы

Критерий ПТСР В. 5 по *DSM-IV* «физиологическая реактивность на воздействие интервальных или экстернатальных

стимулов, символизирующих или напоминающих о каком-либо аспекте травмирующего события» был подтвержден в лабораторных исследованиях. Ряд исследований показали, что аудиовизуальные стимулы в виде ситуаций сражения (например, картины высадки наземных подразделений из вертолетов, звуки выстрелов) приводят к значительному увеличению частоты сердечных сокращений (ЧСС) и артериального кровяного давления (АД) у ветеранов с ПТСР (обзор Blanchard, 1990; Orr, 1994; Shalev & Rogel-Fuchs, 1993). Мак-нелли и др. (1987) отмечают значительные кожно-гальванические реакции (КГР) на слова, связанные с ситуацией сражения у ветеранов войны во Вьетнаме с ПТСР.

Когда у испытуемых с ПТСР с помощью техники скриптов¹ вызывали образы, связанные с прошлыми травматическими событиями, у них наблюдались более значительные увеличения ЧСС, КГР и лицевой электромиографической реакции (ЭМГ), чем у испытуемых без признаков ПТСР, которые имели сходные стрессовые переживания (Orr, 1994). Эти данные одинаковы для различных типов травматических событий, включающих войну во Вьетнаме (Pitman et al., 1987), в Корее и участие во второй мировой войне (Orr et al., 1993); террористические акты и другие травматические события (Shalev, Orr & Pitman, 1993); переживание сексуального насилия в детстве (Orr, Lasko et al., 1998). <...> Эти данные также были подтверждены при исследовании жертв автомобильных катастроф (Blanchard et al., 1996). Результаты большого многостороннего исследования 1328 ветеранов войны во Вьетнаме, в котором сочетались аудиовизуальные стимулы и скрипты (Keane et al., 1998), демонстрируют усиление физиологической реактивности на связанные с травмой стимулы у ветеранов с ПТСР.

Если классическое обусловливание является механизмом, посредством которого возникают эмоциональные реакции на связанные с травмой стимулы, то реактивность в ответ на стимул, связанный с травмой, должна быть специфической. Это подтверждается данными исследований, в которых изучалась

¹ «Скрипты» — краткое описание травматического события, написанное со слов испытуемого. Используется в процедуре психофизиологического исследования ПТСР, методика «imagery» (Pitman, 1987).

автономная реактивность у испытуемых, с ПТСР и без него, при образном представлении стрессовых событий, не являющихся причиной ПТСР (Orr et al, 1993; Pitman et al., 1987; Shalev, Orr & Pitman, 1993), а также при воздействии других стрессоров (Blanchard et al, 1986; Orr, Meyerhoff et al., 1998).

Анальгезия, вызванная стрессом

Было показано, что воздействие стимулов, изначально обусловленных страхом, вызывает анальгезию у животных (Fanselow, 1986). Во многих случаях этот эффект снижается или блокируется при помощи опиатных антагонистов: налоксона и налтрексона. Если эмоциональные реакции у ветеранов с ПТСР, вызванные стимулами, связанными с травмой, объясняются обусловленностью страхом, то мы можем предположить, что стимулы, связанные с боевыми действиями, предъявляемые в лабораторных условиях, могут вызывать реакции анальгезии. Данное предположение было проверено в исследовании, которое проводилось на 16 ветеранах войны во Вьетнаме, 8 из которых имели ПТСР. У них измерялись болевые реакции на стандартизированные тепловые стимулы после предъявления видеопленки с записью тяжелых боев. Испытуемые распределялись по группам при помощи рандомизации, двойного слепого метода и перевернутого плана. При этом испытуемые сначала получали либо налоксон, либо плацебо (Pitman, van der Kolk, et al., 1990). У ветеранов с ПТСР после просмотра видеопленки наблюдается 30 % снижение в оценке интенсивности боли после получения плацебо, что не отмечалось при получении налоксона. У испытуемых без ПТСР изменений болевых показателей не наблюдается.

Исследования локальной активации
мозга,
связанной с травмой, с
использованием

позитронно-эмиссионной томографии

Недавние исследования ПТСР с использованием позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) позволили более точно оценить изменения в активности мозга, которые, возможно, связаны с эмоциональными повторными переживаниями при ПТСР. Роч с соавторами (1996) использовали ин-

индивидуальные скрипты для изучения 8 испытуемых с ПТСР (6 женщин и 2 мужчины), имеющих различный опыт травматических событий. В процессе переживания травматического образа наблюдалось увеличение регионального мозгового кровотока (РКТ) в передних паралимбических структурах, включающих заднюю медиальную орбитофронтальную область, островок, переднюю височную, среднюю височную и переднюю цингуляторную кору, а также миндалину. Было выявлено изменение РКТ в зоне Брока. Однако в связи с тем, что в этом исследовании не использовались скрипты, не связанные с травмой, а также отсутствовала группа пациентов без ПТСР, сложно определить, являются ли эти результаты результатом влияния ПТСР или стимулов, связанных с травмой. Шин, Косслин с соавторами (1997) изучали изменение в РКТ при помощи ПЭТ у 14 ветеранов, 7 из которых имели ПТСР, при предъявлении картин сражения и при воспроизведении образов этих картин. У испытуемых с ПТСР было обнаружено увеличение РКТ в передней цингуляторной коре и миндалине. Интересным является то, что представление образов оказывало больший эффект, чем непосредственное восприятие, на активацию передней паралимбической области.

Шин, Макнэлли и др. (1999) изучали изменения РКТ при предъявлении скриптов 16 женщинам, пережившим сексуальное насилие в детстве. Восемь из 16 женщин имели ПТСР. Было обнаружено, что при сравнении индивидуальных образов сексуального насилия с нейтральным образом у женщин с ПТСР наблюдается значительное увеличение активации в орбитофронтальной коре и переднем височном полюсе. Кроме того, было отмечено, что передняя цингуляторная кора по-разному активируется у испытуемых без ПТСР. В группе ПТСР также наблюдалось значительное снижение активации РКТ в зоне Брока. За исключением изменений в передней цингуляторной коре, эти результаты соотносятся с данными исследований, посвященных изучению влияния передних паралимбических структур на эмоциональные ответы при формировании образа травматического события у испытуемых с ПТСР. Ни в одной из групп не наблюдалось пиков активации в миндалине. Результаты исследований активации при помощи ПЭТ со-

впадают в том, что наблюдаются значительные увеличения в активации орбитофронтальной коры, переднем височном полюсе, уменьшение активации в зоне Брока при подвержении стимулам связанных с травмой у испытуемых с ПТСР. Отсутствие активации в миндалине, наблюдаемое в некоторых исследованиях, может объясняться техническими трудностями в наблюдении за изменениями РКТ в этой маленькой структуре. Возможно, миндалина является менее значимой при приобретении условных реакций страха, чем при их последующей активации. Результаты, полученные при изучении этого явления, носят противоречивый характер.

Изучение формирования условных рефлексов при ПТСР

В работе Ле Доукс (1996) было показано, что связь таламу-са и миндалины представляет собой «быстрый и замусоренный» путь для выработки условной реакции страха. Таламо-кортикоминдальная система является более точным, но более медленным способом переработки и дискриминации информации, поступающей от сенсорного входа. Ле Доукс обнаружил, что поражение таламо-миндальной связи препятствует выработке условной реакции страха. Было выявлено, что повреждение передней префронтальной коры у крыс (приблизительно соответствует передней цингуляторной коре у человека) приводит к увеличению и/или замедляет угасание подобных реакций (Morgan & Le Doux, 1995). Данные результаты подразумевают, что неповрежденная кора обеспечивает снижение и угасание условных реакций страха. Это предполагает, что угасание условных эмоциональных реакций не приводит к их исчезновению, что объясняется наложением коркового торможения на их поведенческое выражение. У человека повреждение средней височной коры (La Bar et al., 1995) и особенно миндалины (Bechara et al., 1995) связано с дефицитом аверсивного электродермального обусловливания.

Этот подход позволяет сделать вывод о том, что «эмоциональная память вечна» (Le Doux, 1990). Посттравматическое стрессовое расстройство может представлять собой драматическое клиническое проявление этого утверждения. Идея «не-

изгладимости» условных подкорковых эмоциональных реакций, сдерживаемых с различной степенью успеха корой головного мозга, совпадает с рядом клинических наблюдений при ПТСР. Например, отсроченное развитие ПТСР может представлять собой проявление условной латентной реакции страха в результате снижения коркового контроля. Следует отметить, что пациенты с ПТСР, находящиеся в состоянии клинической ремиссии, уязвимы по отношению к влиянию возможного стресса, что в свою очередь может привести к рецидиву (Solomon et al, 1987). Большое количество случаев ПТСР у ветеранов войны во Вьетнаме, по мнению Горовица и Соломона (1975), отмечается в то время, когда их психологические механизмы защиты ослаблены. Сходная картина наблюдается у жертв холокоста и ветеранов перед лицом смертельной болезни или старости, которая проявляется в виде травматических воспоминаний, переживаемых вновь (Hollon & Ursano, 1984).

Способность к выработке условных рефлексов

Теория обусловливания объясняет то, как стимулы, связанные с травмой, приводят к усилению физиологических реакций у индивидов с ПТСР, но не объясняет того, почему в результате переживания схожих стрессовых событий (например, схожих безусловных стимулов), у некоторых индивидов развивается ПТСР, в то время как у других — нет. Возможно, что у людей, склонных к развитию ПТСР, формирование условных реакций происходит либо быстрее, либо они медленнее угасают.

В клинической популяции пациентов с общими тревожными расстройствами Питман и Опп (1986) отмечали медленное угасание условных кожно-гальванических реакций на агрессивное выражение лица (УС). Опп с соавторами (1999) изучал способность к выработке условных реакций у 33 испытуемых, подвергшихся травме, 15 из которых имели ПТСР. Авторы работали в рамках Павловской парадигмы, используя цветные круги (условные стимулы), которые не имели никакого отношения к стимулам, связанным с травмой, для того чтобы создать новый условный стимул в противоположность уже имеющемуся. Безусловным стимулом был удар электриче-

ским током достаточно высокой интенсивности по пальцам. Результаты данного исследования показывают, что у испытуемых с ПТСР формируются более устойчивые условные реакции, которые медленнее угасают.

Изучение изменений КГР в группе с ПТСР показало, что увеличение КГР происходит при предъявлении УС+. Эти данные совместимы с предположением о том, что страх в группе с ПТСР увеличивается, по мере того как УС+ достигают значения, за которым последует БУС. В группе без ПТСР страх уменьшается тогда, когда БУС становятся более предсказуемыми. Было показано, что в группе ПТСР наблюдается увеличение ЧСС, уровня КГР, увеличение КГР на стадии обучения и чем больше безусловные реакции ЧСС, тем больше ЧСС и пики ЭМГ на стадии обучения. Эти данные совпадают с результатами, подтверждающими увеличение активации в передней паралимбической и лимбической (т. е. миндалины) структурах во время экспериментов по выработке условных рефлексов. Важным элементом способности к выработке условных рефлексов является эмоциональность, представленная в терминах тревожности, нейротизма, электродермальная лабильность и «медленное» научение. Индивиды, характеризующиеся высокой эмоциональностью, имеют более устойчивые условные рефлексы, что является показателем их быстрого приобретения и/или большего сопротивления угасанию УР (Boucsein, 1992; Eysenck, 1980; Ohman & Bohlin, 1973; Pitman & Orr, 1986).

Модель обусловливания неврозов Айзенка придает большое значение нейротизму и экстраверсии. У людей с высокими значениями нейротизма и низкими значениями экстраверсии «существует большая предрасположенность к неврозам, т. к. они сильнее реагируют на эмоционально возбуждающие стимулы и дольше

сопротивляются угасанию этих реакций» (Eysenck, 1980, p. 163). Было обнаружено, что нейротизм прогнозирует развитие ПТСР (Breslau & Davis, 1992; McFarlane, 1988). Gray (1972) предположил, что нейро-логическая основа экстраверсии-интроверсии включает орби-тофронтальную кору. Как было отмечено ранее, в исследованиях образцов, связанных с травмой, при помощи ПЭТ обнару-

живается увеличение активации в орбитофронтальной (т. е. передней паралимбической) коре у испытуемых с ПТСР.

Дотравматические индивидуальные различия в способности к выработке условных рефлексов имеют или генетическую, или приобретенную основу. Браш (1985) отмечал, что крысы с различными генетическими чертами имеют значимые различия в «эмоциональности». Условные реакции быстрее вырабатываются у животных с высокой «эмоциональностью» (см. также Owen et al., 1997). Мета-анализ близнецовых исследований, проведенных в период с 1967 по 1985 гг., показал, что эмоциональность и тревожность имеют сильное генетическое основание (McCartney, Harris & Bernieri, 1990). Данные, полученные при проведении близнецового исследования ветеранов Вьетнама, свидетельствуют о том, что симптомы ПТСР имеют стойкие генетические компоненты (True et al., 1993).

Было выявлено, что ранний опыт также влияет на эмоциональность. Исследования, проводимые на животных, показали, что ранняя потеря матери может приводить к неблагоприятным последствиям в связанной со стрессом эндокринологической системе, которые сохраняются в последующие годы (Rasmusson & Charney, 1997). Увеличение восприимчивости к α_2 -адренергическому антагонисту — йохимбину, было отмечено у обезьян-подростков, которые пережили ранний стресс в результате изменения условий добывания пищи у их матерей (Rosenblum et al., 1994). Было обнаружено, что раннее переживание стресса увеличивает восприимчивость к ПТСР (Breslau & Davis, 1992). Наконец, возможно, что увеличение скорости выработки условных рефлексов может являться результатом, а не предшествовать стрессовым событиям, которые являются причиной ПТСР.

Повышение чувствительности (сенситизация)

Классическое обусловливание является мощной объяснительной моделью для ряда специфических характеристик ПТСР. Однако существуют некоторые симптомы ПТСР, которые не являются следствием непосредственного присутствия какого-либо CS. Например, ПТСР характеризуется бессонницей, раздражительностью, гипертрофированной реакци-

ей испуга (таблица 5.2). Подобные симптомы могут являться проявлением высокой чувствительности к неприятным БУС, особенно в угрожающей ситуации. Миндалины могут играть ведущую роль в опосредовании индивидуальных различий в дотравматической чувствительности или посттравматическом повышении чувствительности. Миндалины влияют на активацию симпатической нервной системы, нейроэндокринные реакции, облегчение возникновения реакции испуга, защитные реакции и повышенную бдительность (Davis, 1997). Каждый из этих факторов может тем или иным образом участвовать в ПТСР.

Диагностические критерии *DSM-IV* для ПТСР указывают на то, что симптомы гипервозбуждения не отмечаются до травмы. Следует отметить, что в данной области не проводилось систематических исследований. Наличие подобных симптомов до травмы может означать подготовку, выражающуюся в повышенной чувствительности к вредным стимулам и угрожающим ситуациям. Люди с подобной чувствительностью, «существующей до», более восприимчивы к развитию ПТСР. Подобное повышение чувствительности может быть следствием переживания травматических событий. Большое количество данных, полученных из исследований, проводимых на животных, свидетельствуют о том, что воздействие сильного стрессора является причиной ряда структурных и нейрохимических изменений, связанных с повышением чувствительности (Yehuda & Antelman, 1993).

Повышенная чувствительность по отношению к угрозе

Люди с ПТСР более чувствительны к угрожающим стимулам и ситуациям. Orr, Мейергоф и др. (1998) обнаружили, что ветераны с ПТСР или без него не различаются в уровнях ЧСС или в реагировании на ортостатические сигналы, счет в уме и сигналы слабого давления в случае, если они обследовались у себя дома. Но в том случае, когда испытуемые обследовались в ситуациях, когда они могли ожидать появления стимулов, связанных с травмой, у испытуемых с ПТСР отмечался более высокий уровень ЧСС, КГР и АД (обзоры Kean et al., 1998; Orr, 1994). Высокий уровень ЧСС и АД наблюдается у ветера-

нов с ПТСР, обращающихся за психиатрической помощью (ER; Gerardi et al., 1994).

В исследовании способности к выработке условных рефлексов, описанном ранее (Orr et al., 1999), отмечалось повышение уровня ЧСС и КГР у пациентов с ПТСР, что указывает на увеличение симпатического возбуждения, предшествующее появлению БУС. Сильное симпатическое возбуждение может быть результатом повышенной чувствительности к контексту, который представляет угрозу вследствие ожидания электрического удара. Это повышенное возбуждение влияет на быструю выработку условных рефлексов у испытуемых с ПТСР. Фактически, было обнаружено, что уровень КГР реакций больше коррелирует с УС+ чем с УС-. В исследовании вызванных реакций испуга, Морган и др. (1995) отнесли наличие более сильных реакций к повышенному эмоциональному возбуждению, причиной которого являлась угроза электрического удара. В исследованиях на животных было показано, что возбуждение миндалины способствует облегчению реакций испуга при наличии страха, но не при его отсутствии (Rosen et al., 1996).

Защитное автономное реагирование

В случае, когда испытуемые с ПТСР подвергались воздействию неожиданного интенсивного звукового стимула, у них возникали сильные ЧСС реакции. Эти данные подтверждаются в исследованиях, проводимых на жертвах гражданской травмы в Израиле (Shalev et al, 1992), Вьетнамских ветеранов (Orr et al, 1995; Paige et al., 1990), ветеранах войны в Израиле (Orr, Solomon et al., 1997) и на людях, переживших сексуальное насилие в детстве (Metzger et al, 1999). <...> В этих исследованиях было обнаружено, что одинаковые звуки умеренной интенсивности, медленно увеличивающейся во времени, вызывают значительные ЧСС реакции у испытуемых с ПТСР (Orr, Lasko et al., 1997). У людей с ПТСР также наблюдается и быстрое увеличение ЭМГ и КГР реакций при их медленном угасании (обзор Metzger et al., 1999).

Повышение автономных реакций на звуки объясняется тем, что это защитные реакции, необходимые для подготовки организма к моторной активности (Graham, 1979), в противо-

положность ориентировочным реакциям, которые проявляются в снижении ЧСС, Бессонница, обозначенная в *DSM-IV* как симптом D. 4, отражает защитную готовность организма реагировать на угрожающие стимулы или ситуации. Наблюдения на животных показывают, что нейроны миндалины чаще всего активируются при воздействии высокоинтенсивных акустических стимулов (Bordi & LeDoux, 1992).

Шалев с соавторами (1999) изучали пациентов, которые находились в ER в результате переживания острого психологически значимого стрессового события. У тех пациентов, которые шли по пути хронического развития ПТСР, не наблюдалось увеличения частоты сердечных сокращений в ответ на внезапные и громкие звуки через неделю после травмы. Но по прошествии одного или 4 месяцев такая реакция наблюдалась. Этот вывод предполагает, что защитное реагирование при ПТСР — это следствие травматического события, а также что для его развития необходимо некоторое время (период инкубации). Другими словами, существует эволюция посттравматической сенситизации. Противоположная точка зрения утверждает, что при ПТСР существует изначальная чувствительность. Как было отмечено ранее, данная точка зрения не подтверждается при изучении ЧСС в ответ на громкие звуки. У пациентов с депрессией, но без ПТСР увеличения частоты сердечных сокращений в ответ на громкие звуки не отмечается. Это подтверждает нашу точку зрения на ПТСР.

Пейдж с соавторами (1990) получили данные, подтверждающие наличие защитных корковых реакций при ПТСР. При воздействии звуков возрастающей интенсивности компоненты вызванных потенциалов, связанные с событием — P200 (*P200-event related potentials*) у индивидов с ПТСР снижают свою амплитуду на уровнях более высокой интенсивности стимулов (т. е. существует редукция), в то время как у ветеранов без ПТСР проявляется противоположная картина (т. е. увеличение потенции). Пейдж с соавторами предположили, что снижение P200 при воздействии стимулов высокой интенсивности зависело от большей чувствительности нервной системы у людей с ПТСР вместе с компенсаторной корковой редукцией стимуляции. Этот вывод был подтвержден и

описан Левайн с др. (1997) при использовании магнитоэнцефалографии. Данная техника идентифицировала источник редукции P200, как снижение активации в слуховой ассоциативной коре у пациентов с ПТСР. Обычное увеличение компонента вызванного потенциала M00 в группе ПТСР, обнаруженная как Левайн с соавт., так и Пейдж с соавт., показывает, что активация первичной слуховой коры увеличивается по мере возрастания интенсивности стимула. Это предполагает, что существуют механизмы сенсорной селекции предохраняющие информацию, которая была связана со стимулами высокой интенсивности, от попадания в ассоциативную кору у испытуемых с ПТСР. <...>

ПТСР, гормоны и память

Существенная часть исследований, проведенных на животных, продемонстрировала, что гормоны стресса, особенно эпинефрин, а также глюкокортикоиды, АКТН, вазопрессин и CRH, могут усиливать эмоциональную память или условные реакции (De Wied, 1969; Gold & Van Buskirk, 1975; Roozendaal & McGaugh, 1996). Это влияние было обнаружено при наличии неповрежденной миндалины, как у человека, так и у животных. Данное влияние снижалось при помощи адренергической блокады, с использованием пропроналола, который подавался в организм или вводился в миндалину (обзор Cahill & McGaugh, 1998). Кортикостероиды вызывают условные реакции страха (Corodimas et al., 1994). Пропроналол противодействует повышенному условному страху (Cole & Koob, 1988).

Основываясь на вышеописанных исследованиях, проведенных на животных, Питман (1989) предположил, что гормоны стресса и нейромодуляторы, высвобождающиеся при реакции на травматические события, могут перегруппировывать воспоминания о событии. Эти воспоминания впоследствии могут произвольно возникать в виде вторгающихся эпизодов и переживаемых заново симптомов. Вспоминание события может высвобождать дополнительные гормоны стресса, что в дальнейшем приводит к увеличению силы «травматической памяти», создавая цикл положительной обратной связи, который может кончиться развитием ПТСР. Смысл данной теории

состоит в том, что фармакологическое вмешательство, например, введение (3-адреноблокатора, такого как пропранолол, вскоре после травматического события может блокировать этот цикл и предотвратить развитие ПТСР.

Нейропептидные влияния на возвращение «травматической памяти»

Если ПТСР уже развилось, то слишком поздно изучать консолидацию травматической памяти. Кроме того, как показали исследования, проведенные на животных, гормональные влияния на память включают 2 фазы; (1) проявляются во время консолидации следов памяти, (2) во время возвращающихся воспоминаний. На консолидацию и возвращение воспоминаний можно влиять при параллельном использовании разных гормонов (Kovacs & Telegoly, 1982). Было выявлено, что, при введении в задний гипофиз животного вазопрессина, этот нейропептид способствует возникновению и замедляет угасание условных реакций избегания, в то время как окситоцин (который имеет противоположные свойства по сравнению с вазопрессином), подавляет возникновение и ускоряет угасание (van Wimersma Greidanus, Jolles & De Wied, 1985). Влияния вазопрессина и окситоцина на психические реакции во время воображаемого представления картин боя, изучались на 43 ветеранах войны во Вьетнаме, страдающих ПТСР (Pitman, Orr, Lasko, 1993). Ветераны были случайно распределены по группам при помощи двойного слепого метода и получали интрана-зально вазопрессин, плацебо или окситоцин, влияние которых изучалось в данном эксперименте. Значение физиологических реакций во время воображения картин боя были такими, как и предполагалось, а именно: вазопрессин > плацебо > окситоцин. Эти данные подтверждают влияние вазопрессина и окситоцина на возвращение воспоминаний, а также поддерживают идею о роли гормонов в модуляции памяти при ПТСР. <...>

Память и гиппокампальные структуры при ПТСР

Чрезмерно сильные условные реакции, обнаруженные при ПТСР, могут быть рассмотрены как одна из форм так называ-

емой имплицитной памяти, в которой они не обязательно требуют сознательной перестройки для их выражения. В противоположность слишком сильным эмоциональным воспоминаниям травматических событий, было выявлено, что при этом расстройстве существует относительно слабая декларативная память на неэмоциональную информацию. Большое количество исследований отражает дефицит в памяти на материал, который не был связан у субъекта с травматическим событием (Bremner et al., 1995; Bremner et al., 1993; Jenkins et al., 1998; Yehuda, Keefe, et al., 1995).

Сниженный объем гиппокампа

Общепринятым считается то, что при функционировании декларативной или эксплицитной памяти задействованы средние височные доли, особенно гиппокамп. Исследования на животных показали, что эта мозговая структура при стрессе может быть поражена (Uno et al., 1989), что приписывается влиянию кортизола (Sapolsky et al., 1990). Эти выводы явились толчком для четырех последних исследований объема гиппокампа. Два проводились на ветеранах войны во Вьетнаме (Bremner et al., 1995 a; Gurvits et al., 1996) и два на субъектах, подвергшихся насилию в детстве (физическому и сексуальному) (Bremner, Randall, et al., 1997; Stein et al., 1997). В каждом из этих исследований был выявлен меньший объем гиппокампа у испытуемых с ПТСР, по сравнению с испытуемыми без ПТСР. <...> В пятом исследовании (Schuff et al., 1997), в котором использовались магнитно-резонансная спектроскопия, отметили 6 % случаев сниженного объема гиппокампа у ветеранов с ПТСР. Хотя групповая разница была незначительной, т. к. размер изучаемой выборки был небольшим, значимость эффекта была существенной (0,71). Более того, результаты спектроскопического картирования показали наличие меньшего количества N-ацетил-аспартовой аминокислоты в правом гиппокампе у испытуемых с ПТСР, что предполагает более низкую нейрональную плотность в этой структуре.

Описанные выводы подтверждают возможность того, что травматический стресс повреждает человеческий гиппокамп

(Sapolsky, 1996). В подтверждение этому Гурвиц с соавт., выявили сильную негативную корреляцию между тяжестью прошлого боевого опыта во Вьетнаме и объемом гиппокампа. Однако отсутствие гиперкортикозолизма при ПТСР, описанное ранее, создает огромную проблему для подобной интерпретации. Альтернативные объяснения включают возможность того, что уменьшенный объем гиппокампа представляет собой фактор риска при переживании стрессогенных событий и/или является фактором уязвимости по отношению к развитию ПТСР. И только предположением является то, что алкогольная зависимость и токсикомания которые связаны с ПТСР, могут оказывать токсическое влияние на гиппокамп. При этом в большинстве исследований ученые пытаются контролировать этот фактор.

Функциональное исследование нейронной активности гиппокампа

Функциональное изучение паттернов нейронной активности гиппокампа при ПТСР представляют собой необходимую область исследований, хотя подобные исследования сильно отстают от структурных исследований. Семпл и др. (1993) измерили РКТ у 6 ветеранов боевых действий с ПТСР и токсикоманией или зависимостью и у 7 нормальных (не воевавших) испытуемых в состоянии покоя и во время выполнения слуховых и вербальных заданий. Испытуемые с ПТСР продемонстрировали тенденцию к увеличению РКТ в орбитофронтальной коре и к снижению лево/право гиппокампальных отношений при всех условиях. Однако смешение диагнозов ПТСР и имеющих зависимостей, вместе с отсутствием подверженной травме контрольной группы, приводит к тому, что значение результатов этого исследования неопределенно. В своем ПЭТ исследовании с использованием флюородеоксиглюкозы, описанном выше, Бремнер, Иннис с соавт. (1997) обнаружили, что введение йохимбина, активирующего норадренергическую активность в *locus coeruleus*, продуцирует значительное снижение РКТ в гиппокампе у ветеранов с ПТСР.

Функции гиппокампа, не связанные с памятью

Помимо хорошо известной роли в формировании декларативной памяти, гиппокамп также участвует и в регуляции поведения. Дуглас (1972) характеризовал гиппокамп как «орган выражения внутреннего торможения», описывая нарушения в обучении, затухании реакций, переобучении и в других видах поведения, в которых важную роль играет Павловское внутреннее торможение, у животных с поврежденным гиппокампом (см. также Kimble, 1968). А функцию Павловского возбуждения Дуглас приписывал миндалине. Девенпорт, Девенпорт и Холлоуэй (1981) обнаружили, что функции гиппокампа увеличивают поведенческую изменчивость и устойчивость к стереотипии у животных. При этом крысы с поврежденным гиппокампом демонстрируют непродуктивное поведение. Как отмечалось в ранее описанных психофизиологических исследованиях, у пациентов с ПТСР существуют трудности с обучением и избавлением от ранее существующих или приобретенных особенностей. Сниженная функция гиппокампа может предложить анатомическое объяснение этих феноменов у пациентов с ПТСР. Как обсуждалось ранее, другой областью, отвечающей за внутреннее торможение, возможно, является передняя цингуляторная кора.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

«Горячая» (Hot) и «холодная» (Cool) системы памяти при ПТСР

При изучении более чем 10 подходов различных авторов, Меткалфо и Джэкобс (1996) провели различия между связанной с миндалиной (передней паралимбикой), или так называемой «горячей» системой памяти, и связанной с гиппокампом (задней паралимбикой), «холодной» системой памяти. Это разграничение получило подтверждение после проведения исследований по изучению людей с селективными повреждениями миндалины и/или гиппокампа (Becharo et al, 1995). Меткалфо и Джэкобс пришли к выводу, что «горячая» систе-

ма миндалины играет ведущую роль в формировании травматической памяти и патогенеза ПТСР.

«Холодная» гиппокампальная система или не активна в формировании травматической памяти, или может быть даже деактивирована при стрессе. Как мы уже отмечали, специфические симптомы ПТСР могут быть определены как результат обусловливания страха. Основная роль миндалины в этом процессе была подробно описана в исследованиях, проводимых в клинике. Результаты исследований нейронной активности при ПТСР свидетельствуют об активации передней паралимбической системы во время переживания заново травматических ситуаций. Косвенные данные дают основания предполагать, что гормональная потенция консолидации следов памяти в миндалине вовлекалась в патогенез ПТСР. Необходимо отметить, что не все психобиологические аспекты ПТСР могут быть отнесены к категории обусловливания. Сенситизация выступает в качестве необходимого дополнительного измерения.

Выявление нарушенной декларативной памяти и сниженного объёма гиппокампа у испытуемых с ПТСР является подтверждением второй половины теории Меткалфо и Джэкобса. Нарушения в функциях торможения, вызванные функциональным задним паралимбическим (т. е. гиппокампальным) ухудшением, не обязательно будут влиять на развитие переднего паралимбического возбуждения в патогенезе ПТСР.

Пробелы и противоречия

Некоторые пациенты с ПТСР имели детальные воспоминания, что скорее предполагает повышение, чем снижение функционирования декларативной памяти во время травматического события, что должно подразумевать повышение острой гиппокампальной функции. Кэхилл и МакГоу (1998) приводили аргументы в пользу того, что миндалина служит для активации различных областей коры головного мозга, включая гиппокамп. Смысл состоит в том, что миндалина и гиппокамп могут взаимодействовать при патогенезе ПТСР.

Парадоксальный вывод о снижении уровня кортизола при ПТСР трудно связать с предположением о том, что снижен-

ный объем гиппокампа при этом расстройстве представляет собой вызванный стрессом или кортизолом феномен. Соблазнительно поспекулировать по поводу того, что уровни кортизола, следующие сразу за травматическим событием, изначально высоки при ПТСР и затем снижаются в некоторой компенсаторной форме. Это может быть соотнесено с результатами исследований, проводимых на животных, где показано, что кортикостероиды делают возможным обусловленный страх и консолидацию памяти. Кроме того, эмпирические данные по ПТСР не могут казаться последовательными, если любые появляющиеся сразу после травмы уровни кортизола появляются для того, чтобы снизиться у людей, у которых развивается ПТСР (McFarlane, Alchinson & Yehuda, 1997). <...>

Окончательные ответы на эти и другие вопросы будут получены в будущих исследованиях, в которых испытуемые будут изучаться до и после воздействия травматического события. Подобные исследования будут, без сомнения, трудными и дорогими, но они необходимы для разработки данной сферы. Какие бы данные ни были получены в будущем, ясно, что сотрудничество между когнитивными науками о мозге и клиническим исследованием ПТСР обещает много открытий в этих сферах.

Тарабрина Н. В.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО У ВЕТЕРАНОВ-ИНВАЛИДОВ (УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ)¹

Современный подход к проблеме инвалидности человека заключается прежде всего в комплексном и системном рассмотрении всех аспектов инвалидности. Те изменения в социальной роли человека, которые являются следствием тяжелой болезни, утраты здоровья в результате физических и психи-

¹ Статья из сборника: Вопросы медицинской, профессиональной, социальной реабилитации инвалидов военной службы / Под ред. О. С. Андреевой. — М.: ЦИЭТИН, 1999. - С. 149-167.

ческих травм, а также врожденных умственных и физических недостатков, требуют осмысления понятийного аппарата в соответствии с новыми социально-экономическими условиями, разработки комплексов экспертно-диагностических методов определения инвалидности, учитывающих психологические проявления физических недостатков и нарушений (Профессиональная реабилитация инвалидов, 1996).

Психологические последствия, вызванные получением инвалидности, изучены очень мало, хотя в рамках клинико-психологических исследований накоплен обширный экспериментальный материал, касающийся нарушений психики, корреспондирующих с разными формами соматических и психических заболеваний. Анализ результатов этих исследований мог бы послужить основой для создания нового, крайне актуального в настоящее время, направления в клинической психологии — психологии инвалида.

Среди актуальных психологических проблем инвалидности следует прежде всего выделить проблему социально-психологической адаптации инвалида. Уровень социально-психологической адаптированности[™] относится к числу наиболее интегративных характеристик, прежде всего и более всего связанных с изменениями в социальной позиции человека, получившего инвалидность. Поэтому определение этого уровня должно, на наш взгляд, являться обязательной составной частью комплекса экспертно-диагностического исследования при работе с инвалидами (Березин, 1988; Чернобыльский след. Психологические последствия Чернобыльской катастрофы, 1992; Профессиональная реабилитация инвалидов, 1996).

Крайне мало изучены не только в отечественной, но и в мировой клинико-психологической практике вопросы отдаленных психологических последствий переживаний человеком стресса, вызванного переживаниями тяжелой болезни, реальной утраты здоровья, а также угрозой смерти. Исключением является многочисленные зарубежные исследования посттравматического стрессового расстройства (*post-traumatic stress disorder*) у лиц, получивших ранения и травмы во время боевых действий (Figley, 1978, 1980; Van der Kolk, Weisaeth, Van der Hart, 1996; Van der Kolk, McFarlane, 1996).

Основной целью настоящей статьи является систематизированное изложение вопросов, связанных с психологическими особенностями, этиологией, диагностическими критериями и методами диагностики ПТСР, а также попытка рассмотреть эти вопросы в рамках проблем инвалидности у ветеранов боевых действий.

Краткая история и теория вопроса. В настоящее время резко возросло количество антропогенных катастроф и «горячих точек» в различных регионах планеты, мир буквально захлестывает эпидемия тяжких преступлений против личности. Эти ситуации характеризуются прежде всего сверхэкстремальным воздействием на психику человека, вызывая у него травматический стресс, психологические последствия которого в крайнем своем проявлении выражаются в посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), которое возникает как затяжная или отсроченная реакция на ситуации, сопряженные с серьезной угрозой жизни или здоровью. Интенсивность стрессогенного воздействия в этих случаях бывает столь велика, что личностные особенности или предшествующие невротические состояния уже не играют решающей роли в генезе ПТСР. Их наличие может способствовать его развитию, отражаться в течение или клинической картине. Однако ПТСР может развиваться в катастрофических обстоятельствах практически у каждого человека, даже при полном отсутствии явной личностной предрасположенности.

Современные представления о ПТСР сложились окончательно к 80-м годам, однако информация о воздействии травматических переживаний фиксировалась на протяжении столетий. В 1666 г. в дневнике Самуэля Пеписа сделана запись спустя шесть месяцев после того, как он оказался свидетелем большого пожара в Лондоне, он пишет, что «это странно, но до сегодняшнего дня я не могу проспать и ночи без ужасов пожара; и что этой ночью я не мог уснуть почти до двух часов из-за мыслей о пожаре» (цит. по Daly, 1983,). Подобные переживания описывал ДаКоста в 1871 г. у солдат во время Гражданской войны в Америке, который называл это состояние «солдатским сердцем», наблюдая вегетативные реакции со стороны сердца.

Эмиль Крепелин, блестящий нозолог девятнадцатого века, использовал термин *schreckneurose* («невроз пожара») для того, чтобы обозначить отдельное клиническое состояние, включающее многочисленные нервные и физические феномены, возникающие как результат различных эмоциональных потрясений или внезапного испуга, которые перерастают в тревожность; таким образом, это состояние наблюдается после серьезных несчастных случаев и особенно пожаров, железнодорожных катастроф или столкновений.

В 1889 г. Г. Оппенгейм ввел термин «травматический невроз» для диагностики психических расстройств у участников боевых действий, причины которых он усматривал в органических нарушениях головного мозга, вызванных как физическими, так и психологическими факторами. Много наблюдений за развивавшимися после участия в боевых действиях психопатологическими состояниями было сделано во время первой мировой войны.

Психологическими проблемами участников первой мировой и гражданской войн в России занимались И. Бехтерев, П. Ганнушкин, Ф. Зарубин, С. Крайц, а после Великой Отечественной войны — Е. Краснушкин, В. Гиляровский, А. Архангельский и многие другие. Во время первой мировой войны Фредерик Мотт и Эрнст Соусард (1919) вели обширную документацию неврологических и психологических последствий военной травмы. Они опубликовали описание последствий пережитого солдатами военного стресса, которые выражались в навязчивом воспроизведении угрожающих жизни ситуаций, а также в повышенной раздражительности, преувеличенной реакции на громкие звуки, трудностях с концентрацией внимания и др.

Позднее Майерс в работе «Артиллерийский шок во Франции 1914-1919» определил отличия между неврологическим расстройством «контузии от разрыва снаряда» и «снарядным шоком». Контузия, вызванная разрывом снаряда, рассматривалась им как неврологическое состояние, вызванное физической травмой, тогда как снарядный шок Майерс рассматривал как психическое состояние, которое вызывалось сильным стрессом. Майерс обнаружил симптомы «снарядного шока» у

солдат, которые не подвергались артиллерийскому обстрелу, что привело его к пониманию важности эмоционального фактора в происхождении этих симптомов и к отрицанию связи между последними и такими органическими факторами как молекулярные изменения в мозге. Он подчеркивал сходство между военными неврозами и истерией и считал эмоциональный фактор истощающим в объяснении происхождения военного невроза. Часто встречающиеся нарушения в функционировании сердца у солдат, принимавших участие в боевых действиях, легли в основу долгой традиции рассмотрения посттравматических проблем в контексте так называемого «сердечного невроза». Эта традиция нашла отражение в таких терминах, как «раздраженное сердце» и «солдатское сердце».

Реакции, обусловленные участием в боевых действиях, стали предметом широких исследований в ходе второй мировой войны. Это явление у разных авторов получило разное название: «военная усталость», «боевое истощение», «военный невроз», «посттравматический невроз».

В 1941 г. в одном из первых систематизированных исследований Кардинер назвал это явление хроническим военным неврозом. Отталкиваясь от идей Фрейда, он вводит понятие «центральный физионевроз», который, по его мнению, служит причиной нарушения ряда личностных функций, обеспечивающих успешную адаптацию к окружающему миру. Кардинер считал, что военный невроз имеет как физиологическую, так и психологическую природу. Им впервые было дано комплексное описание симптоматики: 1) возбудимость и раздражительность, 2) безудержный тип реагирования на внезапные раздражители, 3) фиксация на обстоятельствах травмировавшего события, 4) уход от реальности, 5) предрасположенность к неуправляемым агрессивным реакциям (Тарабрина, Лазебная, 1992; Figley, 1978).

В своей монографии «Человек в условиях стресса» Грин-кер и Шпигель (1945) перечислили симптомы, совокупность которых авторы обозначали как «военный невроз», от которых страдали так называемые «возвращенцы»: солдаты, побывавшие в плену. К этим симптомам относились: повышенная утомляемость, агрессия, депрессия, ослабления памяти, гиперак-

тивности симпатической системы, ослабление способности к концентрации внимания, алкоголизма, ночных кошмаров, фобий и подозрительности. Позднее были сравнены две группы ветеранов второй мировой войны: 57 ветеранов с диагнозом «хронической военной усталости» и 24 ветерана, которые не участвовали в боях. Выраженность психопатологии у первой группы была значимо выше, чем у второй.

Подобные типы расстройств наблюдали у узников концентрационных лагерей и военнопленных. В 1947 г. Вольф и Рип-ли описали эмоциональную адаптацию 34 военнопленных, перенесших 3 года японского плена. Кроме плохого питания и болезней эти люди подвергались принудительному труду, побоям и более изощренным видам пыток. Из числа обследованных почти 23 % страдали от связанных с войной ночных кошмаров и страхов, притупленности аффекта, ослабления памяти, приступов сильной раздражительности и депрессии. В 1962 г. Эйтингер обследовал подобным образом 100 норвежских заключенных нацистских лагерей и обнаружил, что у 85 обследуемых имели место хроническая утомляемость, сниженная способность к концентрации внимания и сильная раздражительность. Эйтингер также отмечал болезненные состояния, которые вызывались некоторыми ассоциациями, например при виде человека, протягивающего руку, возникало воспоминание товарища по лагерю, который сходным образом поднимал руки во время пыток, или вид аллеи вызывала зрительный образ длинного ряда виселиц с висящими на них трупами (Figley, 1980; Van der Kolk, Weisaeth, van der Hart, 1996).

В середине 70-х гг. американское общество вплотную столкнулось с проблемами, порожденными дезадаптивным поведением ветеранов Вьетнама. Так, примерно у 25 %

воевавших во Вьетнаме солдат опыт участия в боевых действиях послужил причиной развития неблагоприятных изменений личности под действием психической травмы. К началу 90-х гг., по данным статистики, около 100 тысяч вьетнамских ветеранов совершили самоубийство. Около 40 тысяч ведут замкнутый образ жизни и почти не общаются с внешним миром. Отмечен также высокий уровень актов насилия, неблагополучие в сфере семейных отношений и социальных контактов. Как уже

было сказано выше, ПТСР изучался в основном у лиц, переживших травматический стресс во время участия в военных действиях, при этом показано, что процент ПТСР среди раненых и калек значительно выше (до 42 %), чем среди физически здоровых ветеранов (от 10 до 20 %). Отечественные исследования ветеранов войны в Афганистане (физически здоровых) подтверждают результаты американских исследований (процент ПТСР среди них такой же). На основе этих исследований можно сделать предположение, что определенная часть людей, ставших инвалидами из-за получения физической травмы, будет также впоследствии страдать ПТСР (Тарабрина, Лазебная, 1992; Тарабрина, Лазебная, Зеленова и др., 1997; Тарабрина, 1996; Figley, Leventman, 1980, 1986).

После анализа обширных наблюдений и исследований ветеранов войны во Вьетнаме посттравматическое стрессовое расстройство (post-traumatic stress disorder) было включено в *DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder)*— классификационный психиатрический стандарт, подготовленный Американской психиатрической ассоциацией). До недавнего времени диагноз ПТСР как самостоятельная нозологическая форма в группе тревожных расстройств существовал только в США. Однако в 1995 г. это расстройство и его диагностические критерии из DSM были введены и в десятую редакцию Международного классификатора болезней, основного диагностического стандарта в европейских странах, включая Россию. В последнем пересмотре МКБ-10 это расстройство уже имеется как самостоятельное и постановка диагноза ПТСР у лиц, получивших инвалидность по другим основаниям, делает вопрос об исследовании ПТСР у инвалидов особенно острым, т. к. «двойная» инвалидность требует специально направленных реабилитационных мероприятий (Клиническая психиатрия, 1998; Профессиональная реабилитация инвалидов, 1996; *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1994; Figley, 1978),

В настоящее время не существует единой, общепринятой теоретической концепции, объясняющей этиологию и механизмы возникновения и развития ПТСР, хотя в результате многолетних исследований разработаны несколько теорети-

ческих концепций, среди которых можно выделить: психодинамический, когнитивный, психосоциальный и психобиологический подходы (Figley, 1978; Mowrer, 1960; Pitman, 1988; Van der Kolk, McFarlane, 1996). Содержательный анализ этих теорий говорит о том, что каждая из них отражает одну из сторон развития и динамики ПТСР и по сути они дополняют друг друга. А. Мэркер предлагает этиологическую мультифакторную концепцию, с помощью которой он делает попытку объяснить, почему одни люди после переживания травматического стресса начинают страдать ПТСР, а другие — нет. Он говорит о том, что можно выделить три группы факторов, сочетание которых приводит к возникновению ПТСР.

Во-первых, это факторы, связанные с наличием самого факта травматического события, с интенсивностью травмы, ее неожиданностью и неконтролируемостью; во-вторых, факторы, связанные с формой и силой защитных механизмов личности, способность к осмыслению ситуации и наличие социальной поддержки; в-третьих — это факторы риска: возраст к моменту травматизации, наличие травматических событий и психических расстройств в анамнезе, низкие интеллект и социоэкономический уровень.

В 1995 г. в США введена новая, четвертая редакция — *DSM-IV*, в которой подход к оценке травматичности пережитой ситуации был несколько смягчен и в качестве травматических теперь признаются любые ситуации, необязательно всегда «выходящие за рамки обыденного человеческого опыта», в которых человек участвовал непосредственно или как свидетель, если они были связаны с восприятием зрелища или реальной угрозы смерти, тяжелых травм или страданий других людей (или своей собственной) и во время участия в этом событии он испытывал интенсивный страх, ужас или чувство беспомощности (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994; Blake, Weathers, Cook et al., 1974).

Критерии посттравматического стрессового расстройства по DSM-IV:

А. Индивид находился под воздействием травмирующего события, причем должны выполняться оба приведенных ниже пункта:

1. Индивид был участником, свидетелем либо столкнулся с событием (событиями), которые включают смерть или угрозу смерти, или угрозу серьезных повреждений, или угрозу физической целостности других людей (либо собственной);
2. Реакция индивида включает интенсивный страх, беспомощность или ужас.

Примечание: у детей реакция может замещаться ажитирующим или дезорганизованным поведением.

В. Травматическое событие настойчиво повторяется в переживании одним (или более) из следующих способов:

1. Повторяющееся и навязчивое воспроизведение события, соответствующих образов, мыслей и восприятий, вызывающее тяжелые эмоциональные переживания.

Примечание: У маленьких детей может появиться постоянно повторяющаяся игра, в которой проявляются темы или аспекты травмы;

2. Повторяющиеся тяжелые сны о событии.

Примечание: У детей могут возникать ночные кошмары, содержание которых не сохраняется;

3. Такие действия или ощущения как если бы травматическое событие происходило вновь (включает ощущения «оживания» опыта, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды — «флэшбэк-эффекты», включая те, которые появляются в состоянии интоксикации или в проночном состоянии).

Примечание: У детей может появляться специфичное для травмы повторяющееся поведение;

4. Интенсивные тяжелые переживания, которые были вызваны внешней или внутренней ситуацией, напоминающей о травматических событиях или символизирующей их;
5. Физиологическая реактивность в ситуациях, которые внешне или внутренне символизируют аспекты травматического события.

С. Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и «numbing» — блокировка эмоциональных реакций, оцепенение (не наблюдалось до травмы). Определялось по наличию трех (или более) из перечисленных ниже особенностей.

1. Усилия по избеганию мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой;
2. Усилия по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме;
3. Неспособность вспомнить о важных аспектах травмы (психогенная амнезия);
4. Заметно сниженный интерес или участие в ранее значимых видах деятельности;
5. Чувство отстраненности или отделенности от остальных людей;
6. Сниженная выраженность аффекта (неспособность, например, к чувству любви);
7. Чувство отсутствия перспективы в будущем (например, отсутствие ожиданий по поводу карьеры, женитьбы, детей или пожелания долгой жизни).

D. Постоянные симптомы возрастающего возбуждения (которые не наблюдались до травмы). Определяется по наличию по крайней мере двух из ниже перечисленных симптомов:

1. Трудности с засыпанием или плохой сон (ранние пробуждения);
2. Раздражительность или вспышки гнева;
3. Затруднения с сосредоточением внимания;
4. Повышенный уровень настороженности, гипербдительность, состояние постоянного ожидания угрозы;
5. Гипертрофированная реакция испуга.

E. Длительность протекания расстройства (симптомы в критериях B, C и D) более чем 1 месяц.

F. Расстройство вызывает клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности.

Как видно из описания критерия А, определение травматического события относится к числу первостепенных при диагностике ПТСР.

К травматическим событиям непосредственно относятся следующие (но не ограничиваются ими): боевой опыт, насильственные нападения на личность (сексуальное или физическое насилие, ограбление, групповое нападение), киднеппинг, пребывание в качестве заложника, террористические нападе-

ния, пытки, содержание в концентрационных лагерях в качестве военнопленных, природные и промышленные катастрофы, разного рода автомобильные катастрофы или ситуации, когда человеку ставится диагноз неизлечимой, опасной для жизни болезни. Ситуации, когда личность была свидетелем события, включают (но не ограничиваются ими) случаи, когда человек был очевидцем серьезных травм или насильственной смерти другого человека в результате совершения по отношению к нему акта насилия, несчастного случая или катастрофы либо ситуации, когда человек находит труп или части трупа. Ситуации, когда человек узнает о событиях, происшедших с другими людьми, включают (но не ограничиваются ими) случаи физического насилия над другими людьми, тяжелые несчастные случаи, или тяжелые физические травмы у члена семьи или близкого друга; известие о внезапной, неожиданной смерти члена семьи или близкого друга; или человек узнает, что его ребенок болен опасной для жизни болезнью. Расстройство может быть особенно тяжелым и длительным, когда причиной стресса являются действия других людей (например, изнасилование). Вероятность развития этого расстройства может увеличиваться в соответствии с физической близостью и увеличением интенсивности стрессора.

Индивиды с ПТСР могут заявлять о болезненном чувстве вины по поводу того, что они остались живы в то время, как другие погибли или по поводу того, что они вынуждены были сделать для того, чтобы выжить. Фобическое избегание ситуаций или действий, которые имеют сходство с основной травмой или символизируют ее, может интерферировать на межличностные взаимосвязи и вести к супружеским конфликтам, разводу или потере работы. Может иметь место следующее связанное сочетание симптомов, которое является наиболее распространенным в связи со стрессовым воздействием, связанным с межличностными отношениями (например, сексуальный или физический в детстве, побои в семье, пребывание в качестве заложника, военнопленного, заключенного концентрационного лагеря во время войны, пытки): нарушение аффективной сферы; саморазрушительное и импульсивное поведение; диссоциативные симптомы; соматические жалобы; чув-

ства неспособности к деятельности, стыда, отчаяния или безнадежности; Постоянное чувство ущербности; потеря веры в то, что ранее поддерживало; враждебность; социальная оторванность; чувство постоянной угрозы; ослабление взаимосвязей с другими людьми; или изменение существовавших у индивида ранее личностных особенностей. Выделяются два типа травматических событий: 1) краткосрочное, неожиданное и 2) постоянное и повторяющееся воздействие травматического стрессора — серийная или пролонгированная травматизация (например, повторяющееся физическое или сексуальное насилие, боевые действия). Вначале травма переживается как тип 1, но по мере того как травматическое событие повторяется, жертва переживает помимо негативных эмоций, вызванных ситуацией, также страх повторения травмы.

Выделяются разные виды ПТСР: устанавливается диагноз «острый ПТСР», когда продолжительность симптомов менее, чем 3 месяца; «хронический ПТСР», когда симптомы длятся 3 месяца или более; «ПТСР с отсроченным началом», когда прошло по крайней мере 6 месяцев между травматическим событием и началом симптомов.

Широкое обследование населения обнаружило, что процент распространенности ПТСР колеблется в диапазоне от 1 % до 14 % с вариативностью, связанной с методами обследования и особенностями популяции. Обследование индивидов из группы риска (например, ветеранов Вьетнама, пострадавших от извержений вулкана или криминального насилия) дало очевидное повышение норм распространенности диагноза от 3 % до 58 %.

Выше уже упоминалась, что в отечественную клиническую практику диагноз ПТСР введен недавно, поэтому представляется целесообразным привести также *диагностические критерии ПТСР в классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10)*, которые определены следующим образом:

А. Больной должен быть подвержен воздействию стрессор-ного события или ситуации (как краткому, так и длительному) исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс почти у любого индивида.

Б. Стойкие воспоминания или «оживление» стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах либо повторное переживание горя при воздействии ситуаций, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором.

В. Больной должен обнаруживать фактическое избегание или стремление избежать обстоятельства, напоминающие, либо ассоциирующихся со стрессором. Г. Любое из двух:

1. психогенная амнезия, либо частичная, либо полная в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора; 2. стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленные любыми двумя из следующих:

- а) затруднения засыпания или сохранения сна;
- б) раздражительность или вспышки гнева;
- в) затруднения концентрации внимания;
- г) повышения уровня бодрствования;
- д) усиленный рефлекс четверохолмия.

Д. Критерии Б, В и Г возникают в течение шести месяцев стрессогенной ситуации или в конце периода стресса (для некоторых целей начало расстройства, отставленное более чем на шесть месяцев, может быть включено, но эти случаи должны быть точно определены отдельно).

Сопоставление диагностических критериев в *DSM-IV* и МКБ-10 является специальной задачей, не входящей в задачи настоящей статьи, можно только обратить внимание на очевидную детализированность и большую четкость диагностических критериев ПТСР в *DSM-IV*, что объясняется достаточно широкой практикой их использования в США.

Клинико-психологическая диагностика ПТСР

Основными методами, применявшимися в ходе обследования для диагностики посттравматических стрессовых расстройств, являлись клиническое диагностическое интервью (СКИД) и шкала *CAPS*. (Обе методики переведены в лаборатории психологии посттравматического стресса и психотера-

пии ИП РАН.) Структурированное клиническое интервью «СКИД» (*SC1D: Structured Clinical Interview for DSM-III-R*) разработано в 1987 г. (Spitzer, Williams, Gibbon, First, 1989; Spitzer, Williams, 1985). Оно включает ряд диагностических модулей (блоков вопросов), обеспечивающих диагностику психических расстройств по критериям *DSM-III-R* (аффективных, психотических, тревожных, вызванных употреблением психоактивных веществ и т.д.). Конструкция интервью позволяет работать отдельно с любым модулем, в том числе и с модулем ПТСР. В каждом модуле при этом даны четкие инструкции, позволяющие экспериментатору при необходимости перейти к беседе по другому блоку вопросов, если в ходе интервью будут получены данные, позволяющие усомниться в первичном диагнозе.

При необходимости для постановки окончательного диагноза могут привлекаться независимые эксперты. Авторами методики предусмотрена возможность ее дальнейших модификаций в зависимости от конкретных задач исследования.

Одна из них — вариант интервью для диагностики ПТСР у тех, кто принимал участие в боевых действиях; принципиально возможна разработка модификация модуля ПТСР для обследования инвалидов с различными формами и степенью нарушений здоровья.

Шкала клинической диагностики *CAPS* {«*Clinical-administered PTSD Scale*», Чернобыльский след. Психологические последствия Чернобыльской катастрофы, 1992; Тарабри-на, Лазебная, 1992; Тарабрина, Лазебная, Зеленова и др., 1992) применяется, как правило, дополнительно к СКИДу для клинической диагностики уровня выраженности симптоматики ПТСР и частоты ее проявления. Существует два варианта Шкалы *CAPS*. Первый разработан для

диагностики тяжести текущего ПТСР как в течение прошлого месяца, так и в пост-травматическом периоде в целом. Второй вариант *CAPS* предназначен для дифференцированной оценки симптоматики в течение последних двух недель. Применение методики не только дает возможность оценить по пятибалльной шкале каждый симптом с точки зрения частоты и интенсивности проявления, но и определить достоверность полученной информации.

Психодиагностические исследования ПТСР.

В мировой психологической практике при обследовании лиц, переживших экстремальные, стрессовые ситуации, применяется большой Психометрический методический комплекс, по результатам заполнения которого можно судить об особенностях психологического состояния у обследуемых субъектов.

Одним из апробированных комплексов методов психодиагностического обследования являются русскоязычные версии следующих методик, который может быть использован в экспертно-диагностической работе с инвалидами, участниками боевых действий:

Опросник депрессивности Бэка предназначен для Оценки наличия депрессивных симптомов и позволяет диагностировать состояние депрессивности у обследуемого на текущий период. Эта методика показала свою диагностическую значимость при работе с лицами, принимавшими участие в боевых действиях и пережившими травматический стресс.

Опросник был основан на клинических наблюдениях и описаниях симптомов, которые часто встречаются у депрессивных психиатрических пациентов в отличие от недепрессивных психиатрических пациентов. Систематизация этих наблюдений позволила выделить 21 шкалу, каждая из которых представляет собой отдельный тип психопатологической симптоматики и включает следующие пункты: 1) печаль; 2) пессимизм; 3) ощущение несправедливости; 4) неудовлетворенность собой; 5) чувство вины; 6) ощущение наказания; 7) самоотрицание; 8) самообвинение; 9) наличие суицидальных мыслей; 10) плаксивость; 11) раздражительность; 12) чувство социальной отчужденности; 13) нерешительность; 14) дисморфофобия; 15) трудности в работе; 16) бессонница; 17) утомляемость; 18) потеря аппетита; 19) потеря веса; 20) озабоченность состоянием здоровья; 21) потеря сексуального влечения. *Опросник для оценки выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R* (шкала Дерогатиса) состоит из 90 утверждений, отражающих наличие определенных соматических и психологических проблем у обследуемого. Методика построена по принципу самоотчета, и степень выраженности симптомов оценивается им самим по 5-балльной шкале, где

«0» соответствует позиции «совсем нет», а «4» балла — позиции «очень сильно».

Оценка и интерпретация результатов производится по 9-ти основным шкалам, объединяющим определенные группы симптомов и включающих следующие шкалы: 1) соматизация; 2) обсессивность—компульсивность; 3) межличностная сензитивность; 4) депрессивность; 5) тревожность; 6) враждебность; 7) фобии; 8) паранояльность; 9) психотизм. Кроме того, имеется дополнительная 10-я шкала, семь вопросов которой не объединены между собой как отдельное расстройство, но являются важными при общей обработке и анализе результатов.

При интерпретации результатов используются три обобщенных шкалы второго порядка, которые позволяют более глубоко оценить психопатологический статус пациента. К ним относятся: 1) индекс общей тяжести состояния (*GSI*) — является обобщенным единичным показателем и позволяет оценить глубину расстройства; 2) индекс наличного симптоматического дистресса (*PSDI*) — дает комбинированную (обобщенную) информацию о количестве симптомов и интенсивности ощущаемого дистресса; является показателем того, уменьшает или преувеличивает испытываемый тяжесть своего состояния; 3) общее число утвердительных ответов (*PST*) фиксирует общее количество симптомов из числа 90 возможных.

Шкала *SCL-90-R* используется как инструмент для определения актуального, присутствующего на данный момент симптоматического статуса индивида. Она широко применяется в медицинской и психологической практике при обследовании различных групп респондентов, в том числе различных типов пациентов с психиатрическими расстройствами, так как выделяемые с помощью *SCL-90-R* симптомопрофили показали высокую коррелятивную взаимосвязь с психиатрическими диагнозами. Шкала *SCL-90-R* создавалась как опросник для измерения выраженности психопатологической симптоматики и не является методикой, выявляющей личностные типы или расстройства личности, которые бы отражались в характерном профиле первичных симптоматических расстройств.

Было обнаружено, что *SCL-90-R* хорошо дифференцирует пациентов с диагнозом посттравматическое стрессовое рас-

стройство, получивших психотерапевтическую помощь, и пациентов, которым такая помощь не оказывалась.

Шкала оценки тяжести воздействия травматического события (Impact of Event Scale—Revised-IOES-R) широко применяется в исследованиях ПТСР. Она основана на большом количестве наблюдений, опубликованных М. Горовиц, синдрома стрессовых реакций и направлена на измерение трех основных сфер ответных реакций на травматический стресс: феномена навязчивых переживаний (вторжение), феномена избегания любых напоминаний о травме и феномена физиологической возбудимости. *IOES-R* позволяет выяснить степень проявления симптомов в течение последних 7 дней. Каждое из 15 утверждений оценивается по 4-балльной шкале. Ответы ранжируются по степени от «никогда» до «часто».

Можно говорить о высокой степени проявления симптомов при суммарном балле равном 30-35.

Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций — специально разработанная шкала для оценки степени выраженности посттравматических стрессовых реакций. Она состоит из 39 утверждений, отражающих внутреннее состояние людей, переживших ту или иную травматическую ситуацию.

Каждое из 39 утверждений оценивается по 5-балльной шкале. В результате подсчитывается итоговый суммарный балл, который позволяет выявить меру воздействия травматического опыта и оценить степень общего психологического неблагополучия субъекта.

Многие утверждения Миссисипской шкалы соответствуют различным аспектам модуля для диагностики посттравматических стрессовых состояний, являющегося составной частью Структурированного клинического интервью (СКИД). Как показали исследования, высокий итоговый балл по шкале хорошо коррелирует с диагнозом ПТСР.

В настоящее время методика может быть с успехом использована для скрининга в целях отбора пациентов, нуждающихся в психокоррекции и психотерапии, а также в научно-исследовательских целях.

Шкала ПТСР из Миннесотского Многопрофильного Личностного Опросника (ММРГ). Среди комплекса психометрических

тестов, которые, как правило, направлены на выявление отдельных психологических аспектов, особое место занимает Миннесотский многофакторный личностный ; опросник (*ММРГ*), который позволяет представить особенности личности в ее целостности.

ММРГ использовался с разными результатами в ряде исследований для выявления психопатологии ПТСР, связанного с военным опытом. Он успешно использовался для того, чтобы статистически отделить группу с ПТСР от различных контрольных групп. Повышение почти всех стандартных клинических шкал было связано с ПТСР во всех исследованиях.

Со времени своего создания шкала ПТСР *ММРГ* предназначалась, чтобы служить надежным и валидным инструментом для диагностики ПТСР, связанного с участием в боевых; действиях. Эта шкала способна точно определить 83 % случаев ветеранов с ПТСР против ветеранов с психиатрическим диагнозом без ПТСР. Она продолжает оставаться одним из наиболее применяемых и изученных шкал для определения последствий военной травмы.

Шкала ситуативной и личностной тревожности Спилбер-гера. Эта методика не требует описания, т. к. она широко используется в отечественных исследованиях. Шкала тревожности Спилбергера входит в психометрический комплекс, применяемый для диагностики посттравматических стрессовых расстройств, а использование ее для обследования участников военных действий во Вьетнаме и Корее выявило значимо более высокие показатели в группе с диагнозом ПТСР по сравнению с контрольной группой (Blake, Weathers, Cook, 1974; Horowitz, Wilner, Alvarez, 1979; Meichenbaum, 1994).

Следует отметить, что психодиагностических методик, направленных на измерение признаков ПТСР гораздо больше, чем приведено в данной работе. Здесь приведены те методики, которые, с

одной стороны, наиболее часто используются в этой области исследований, а с другой стороны, этот комплекс переведен и апробирован в лаборатории психологии и психотерапии Института психологии РАН. С помощью этого комплекса выполнено обследование группы участников боевых действий в Афганистане.

В таблице 5.3 представлены результаты сравнения полученных психодиагностических характеристик группы *PTSD* и группы нормы.

Таблица 5.3

Результаты психометрического
обследования участников войны
в Афганистане

	<i>PTSD</i>		Норма		t	P
	n-16		п 49			
	M	SD	M	SD		
Миссисипская шкала <i>PTSD</i> для боевых трав-	86,7	26,8	67,1	11,0	4,2	< 0,001
Тревожность (по Спилбергеру—						
Личностная	49,7	6,4	38,7	8,4	5,5	<
Ситуативная	46,1	8,2	36,7	6,3	4,2	<
<i>SCL-90-R</i> (индекс	1,0	0,6	0,4	0,4	4,1	<
Опросник депрессивности	15,4	9,6	6,1	6,4	3,3	< 0,001
ММР/(Г-баллы):						
Шкалы						
L	46,6	8,7	47,8	8,3	0,5	0,560
F	79,3	10,1	65,1	10,1	4,9	0,001
K	47,3	9,0	50,6	9,1	1.3	0,210
клинические						
Hs(1)	71,0	17,5	55,0	12,8	3,9	<
D(2)	76,8	15,7	62,6	12,1	3,8	<
Hy(3)	65,9	12,2	50,0	11,3	4,8	<
Pd(4)	73,9	11,5	58,7	11,6	4,6	<
Mf(5)	66,6	8,8	59,0	7,6	3,3	0,001
Pa (6)	70,1	11,9	58,1	10,4	3,9	<
Pt(7)	78,7	16,5	60,1	12,8	4,7	<
Sc(8)	83,3	18,3	62,1	12,0	5,5	<
Ma(9)	70,6	13,6	64,3	11,8	1,8	0,08
Si(0)	59,6	11,0	55,0	6,8	2,0	0,05

Как видно из таблицы 5.3, в группе *PTSD* уровень тревожности, депрессии и общей психопатологической симптоматики по всем, в том числе и специфическим для *PTSD* шкалам (*IOES* и Миссисипской) оказался выше, чем в группе без диаг-

ноза. Однако что касается Миссисипской шкалы, то у «афганцев» показатели оказались ниже, чем у вьетнамских ветеранов, страдающих аналогичным расстройством (109,4 балла), а также ниже, чем диагностический порог *PTSD* по этой шкале (107 баллов).

При этом у обследованных афганских ветеранов с *PTSD* значения уровня тревожности соответствуют (по опубликованным данным) уровню этого показателя у американских ветеранов Вьетнама, страдающих данным расстройством (ЛТ — 51,2; СТ — 49,5). В контрольной же группе афганских ветеранов значения шкал тревожности превышают аналогичные показатели у вьетнамских ветеранов (ЛТ — 29,4; СТ — 30,3).

Уровень шкалы *F* и большинства клинических шкал теста *MMPI* также оказался значительно выше у «афганцев» с *PTSD* по сравнению с контрольной группой. Характерными для обследованной группы *PTSD* являются пики по трем шкалам *MMPI 8-7-F* (для профиля в целом) и 8-7-2 (для клинических шкал).

Полученные при обследовании «афганцев» среднегрупповые значения превышали диагностический уровень ПТСР (шкала *F* > 66Т, шкала 2 > 78Т и шкала 8 > 79Т) по шкале *Fn* шкала 8, но были несколько ниже критериальных по шкале 2. В группе НОРМА средние баллы по диагностическим шкалам оказались существенно ниже диагностического порога (за исключением шкалы Т⁷ — 65,1 балла).

В целом средний профиль *MMPI* для группы ветеранов Афганистана с диагнозом *PTSD* (8-7-2-4) согласуется с профилем *MMPI* для ветеранов Вьетнама с ПТСР (8-2-1-7), равно как и с результатами других опубликованных исследований.

Психологические особенности афганских ветеранов, выявленные в нашей работе, аналогичны результатам, полученным другими

исследователями, и прежде всего американскими, по результатам обследования участников боевых действий во время войны во Вьетнаме. Следует отметить, что у большинства афганских ветеранов отмечаются хотя бы отдельные симптомы, входящие в критерии ПТСР и свидетельствующие о наличии психологического и эмоционального неблагополучия. У 17 % афганских ветеранов (что согласуется с данными,

имеющимися в психологической литературе) наблюдается состояние, которое классифицируется как ПТСР и проявляется в том, что вернувшиеся с войны повторно переживают элементы травмы в воспоминаниях, навязчивых образах, диссоциативных состояниях сознания и в бессознательном поведенческом проигрывании травматической ситуации. Кроме того, многие из выживших чувствуют себя эмоционально «онемевшими» по отношению к себе и другим, испытывают потерю нормальной привязанности и отмечают симптомы депрессии и потери интереса к ранее значимым занятиям и межличностным отношениям. Состояние пострадавших характеризуется также избыточной физиологической возбудимостью нервной системы и проявляется в нарушениях сна, повышенной раздражительности, гневливости, затруднениях с сосредоточением внимания, физиологической реактивности на ситуации, напоминающие травматические и т. д.

Подтвердилась также зависимость, установленная американскими исследователями у ветеранов войны во Вьетнаме, между параметрами индивидуального боевого опыта и развитием впоследствии ПТСР. При общей схожести структур боевого травматического опыта у афганских и вьетнамских ветеранов в нашем исследовании была обнаружена характерная особенность — роль травматических ситуаций, связанных с «неуставными отношениями»; по частоте встречаемости данных ситуаций в группе PTSD им принадлежит 4-е место, в группе NORMA — 5-е, что является уникальным фактом, который не встречается в работах зарубежных исследователей (Тарабрина, Лазебная, Зеленова и др., 1997).

Проблема алкоголизации участников, перенесших военных стресс, отмечается всеми исследователями. По итогам обследования афганских ветеранов, 66,7 % ветеранов с ПТСР и 38,9 % из группы NORMA имеют разную степень алкогольной зависимости.

Большое значение в структуре ПТСР афганских ветеранов занимает состояние субъективного переживания психологической изолированности, отделенности от всех остальных людей, возникшее у них после возвращения домой. Из литературных источников известно, что наряду с частотой и длительно-

стью воздействия стресс-факторов во время боевых действий степень психологической изоляции, которую испытывают ветераны после возвращения с войны, наличие у них чувства «отделенное™, отчужденности» является одним из прогностических показателей данного расстройства. Данный факт можно считать прямым следствием той социальной ситуации, в которой оказались возвратившиеся с войны ее участники, когда в большинстве случаев они не получали необходимой социальной поддержки.

Одна из проблем, связанных с экспериментальным изучением ПТСР при этом, — проблема исключительно субъективного проявления симптоматики расстройства, информация о котором может быть получена только на основании самоотчета пациента.

Регистрация психофизиологических показателей делает возможным повышение валидности поставленного диагноза благодаря использованию объективной информации о состоянии пациента.

Известно, что стрессовые реакции на травматическую ситуацию тесно связаны с изменениями физиологического статуса и реактивности субъекта травмы. Кардинер (1941) имел в виду именно роль повышенной физиологической возбудимости в связанных с травмой стрессовых реакциях, когда он ввел термин «физионевроз». В своих исследованиях «операционального утомления» у летного персонала в период второй мировой войны Гринкер и Шпигель (1945) установили, что определенная часть тех, кто перенес «операциональное утомление» и вернулся в строй, продолжала страдать от хронической стимуляции симпатической нервной системы. У них отмечалось учащенное дыхание, тремор, повышенная утомляемость и раздражительность, плохое качество сна. Эти люди выглядели тяжелобольными, временами все симптомы, резко и внезапно усиливались, особенно в ответ на воздействие слабых слуховых или вербальных стимулов.

В одном из первых психофизиологических исследований стресса, вызванного участием в боевых действиях, Уэнгер (1948) обнаружил значимо более высокий уровень физиологических показателей у летчиков и членов летных экипажей,

страдающих «операциональным утомлением». Несколько более современных исследований ПТСР, связанного с военной травмой, были посвящены сравнению физиологической реактивности на различные стимулы, связанные с боевым опытом у ветеранов войны, страдающих ПТСР и другими расстройствами. В исследовании Блэнчарда (1982) сравнивалась группа ветеранов с ПТСР с контрольной группой лиц, не принимавших участия в боевых действиях, близких по возрасту. Регистрировались показатели уровня электрокожного сопротивления, кровяного давления, ЧСС, температура кожи и электромиограмма (лобное отведение). Регистрация осуществлялась в то время, когда испытуемый решал в уме арифметические задачи, слушал музыку и прослушивал запись военных звуков. Была выявлена тенденция к демонстрации более высокого уровня ЧСС в состоянии покоя в группе испытуемых с ПТСР по сравнению с контрольной. ЧСС и систолическое кровяное давление в равной степени возрастали в обеих группах во время арифметического счета в уме. Во время предъявления музыки и военных звуков испытуемые с ПТСР продемонстрировали значимо более выраженный, чем в контрольной группе, рост ЧСС и систолического артериального давления. Кроме того, у испытуемых с ПТСР значимо возрастала ЧСС, систолическое кровяное давление и показатели ЭМГ (лобное отведение) при прослушивании военных звуков (по сравнению с музыкой). У испытуемых в контрольной группе подобных различий не наблюдалось. Кожное сопротивление, диастолическое кровяное давление и температура кожи в группах не различались, хотя уровень кожного сопротивления значимо изменялся в процессе эксперимента.

В целом частота сердечных сокращений лучше всего отражала уровень различий между двумя группами. По показателю ЧСС можно было правильно определить 91 % ветеранов с *PTSD* и 100 % контрольных испытуемых. Это исследование ясно подтвердило существование физиологической реактивности на связанные с боевой ситуацией стимулы у вьетнамских ветеранов с ПТСР. Последующее изучение психофизиологической реактивности при *PTSD* стало проводится на основе принципиально нового подхода, разработанного группой

Р. Питмана, который в настоящее время является одним из наиболее признанных в этой области исследований. Р. Питман предложил измерять психофизиологическую реактивность на образы, возникающие в воображении испытуемых в ассоциативной связи с воспоминаниями об их собственном прошлом военном травматическом опыте или о специально подобранных нейтральных ситуациях (Pitman, 1988).

В исследовании участвовало 18 ветеранов вьетнамской войны, страдающих ПТСР, и 15 психически здоровых ветеранов. Обе группы не различались по возрасту, образованию или военному опыту — в обеих группах он был тяжелым.

Методология исследования базировалась на теоретических разработках Ланга, предложившего для описания механизма формирования эмоциональных реакций модель ассоциативных сетевых процессов в памяти. В случае посттравматического стрессового расстройства, в соответствии с данной моделью, происходит замыкание патологической эмоциональной сети (Pitman, 1988). До исследования для каждого испытуемого сочинялось по 5 индивидуальных сюжетов, в основе которых лежали реальные ситуации из их прошлого боевого опыта. Результаты показали, что значимые различия в уровне физиологических показателей (ЧСС, КГР, ЭМГ) между группами были обнаружены только в процессе воображения испытуемыми сцен, связанных с их индивидуальным реальным военным травматическим опытом. Использование психофизиологических методов и в дальнейшем может дать ценную информацию в области феноменологии, диагностики и лечения ПТСР.

Эта методология исследования была применена в комплексном исследовании афганских ветеранов, которая проводилась в рамках российско-американского сотрудничества лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии ИП РАН с психофизиологической лабораторией Гарвардского университета, руководимой профессором Р. Питманом (США). В ходе этой работы получены характеристики индивидуальных особенностей психофизиологической реактивности у ветеранов Афганистана, подвергавшихся воздействию военного травматического стресса.

Обследована группа участников боевых действий в Афганистане, мужчин ($n = 72$), не страдающих органическими поражениями головного мозга или психотическими расстройствами и не имеющих в анамнезе тяжелых ранений, физических травм или контузий. Средний возраст обследованных — 31,5 лет, образование — преимущественно среднее или среднее специальное. В результате данного исследования установлено, что наиболее информативным признаком психофизиологической реактивности у лиц, переживших военный травматический стресс, является показатель, отражающий рост электрокожной проводимости в процессе воспроизведения ими в воображении ситуаций, связанных с индивидуальным травматическим опытом. У тех, кто страдает ПТСР, наблюдается значимое увеличение электрической проводимости кожи. Показано, что специфические для ПТСР психофизиологические реакции наиболее выражены у тех испытуемых, которых характеризует значительная тяжесть симптоматики ПТСР (выше 60 баллов по шкале *CAPS*), что согласуется с данными зарубежных исследований. Показано, что наиболее информативным признаком психофизиологической реактивности у лиц, переживших военный травматический стресс, является показатель КГР. Полученные данные подтверждают предположение о наличии самостоятельной патофизиологии при посттравматическом стрессовом расстройстве. Полученные результаты изучения психофизиологической реактивности при ПТСР у участников боевых действий в Афганистане в целом согласуются с имеющимися в проанализированной литературе данными.

Лечение ПТСР — процесс длительный и может продолжаться несколько лет. В настоящее время не существует устоявшейся точки зрения на результат лечения. Одни исследователи считают, что ПТСР — излечимое расстройство, другие — что его симптомы полностью не устранимы.

ПТСР обычно вызывает нарушения в социальной, профессиональной и других важных сферах жизнедеятельности,

В лечении ПТСР можно выделить психотерапевтический, психофармакологический, и реабилитационный аспекты. В остром периоде ПТСР психотерапия включает методы, ори-

вотированные на релаксацию, отреагирование эмоционального переживания, дистанцирование от травматического события, формирование ощущения поддержки. В этом периоде инкапсуляция травмы может способствовать уменьшению последствий стресса. При развитии ПТСР осознание всех аспектов перенесенной психической травмы становится необходимым условием для восстановления интегрированной психической деятельности. В этом периоде психотерапия направляется на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности, переоценку травматического опыта, восстановление ощущения ценности собственной личности и возможности гармоничного существования в реальном мире, повышение собственных возможностей, позволяющих преодолевать последствия травматического события.

Психотерапевтические методы. В лечении ПТСР используются психотерапевтические техники, относящиеся к основным психотерапевтическим подходам: психодинамическая психотерапия, когнитивно-поведенческая терапия и групповая психотерапия. В рамках настоящей статьи невозможно описать множество психотерапевтических техник, используемых в лечении ПТСР. Только в качестве примера можно привести одну из техник интенсивно развиваемой когнитивно-поведенческой психотерапии:я— это техника «вскрывающих интервенций» *{Exposure-Based Intervention, ЕВГ}*. В качестве основного приема в ней используется прямая или косвенная конфронтация пациента с травматическими образами^воспо-минаниями. Метод основан на том, что при ПТСР действует не только страх релевантных травме стимулов, но и страх вос-поминаний о травме. Из этого следует предположение о том , что повторное переживание эмоций, связанных с травмой, по-

могает пациенту интегрировать негативный опыт. *EBI* снижают уровень дистресса, навязчивые воспоминания и уровень физиологической реактивности. Эффективность данного вида терапии показана в работе с ветеранами войн, жертвами изнасилования, и детьми, находящимися в зоне военных действий (Mowrer, 1960; Meichenbaum, 1994).

Довольно широкое распространение получил метод глазодвигательной десенсибилизации (*Eye movement desensitiza-*

tion, EMDR), предложенный Ф. Шапиро. EMDR представляет собой вариант *Exposure-Based Interventions (EBI)*; это комбинация следующих процедур: представления пациентом травматической сцены, переживания чувства тревоги, когнитивной реструктуризации (это та часть, которая объединяет EMDR и EBI) и направляемых терапевтом саккадических движений глаз (то что является специфичным для EMDR). Отмечается, что, несмотря на сообщения об успешных случаях лечения ПТСР методом EMDR, эти результаты считаются довольно субъективными, поскольку многие авторы не обнаруживают никаких изменений в состоянии пациентов, которые можно измерить с помощью психометрических или психофизиологических процедур что само по себе движение глаз вообще никакого значения не имеет (Meichenbaum, 1994).

Групповая терапия — наиболее часто используемый вид терапии для пациентов, переживших травматический опыт (кризисные интервенции, работа с семейными парами, семейная терапия, ветеранские группы и пр.). Часто групповая терапия используется также и в сочетании с разными видами индивидуальной терапии. Не существует каких-либо специальных предпочтений относительно того, какой вид групповой терапии следует применять, скорее, практикуются совершенно различные направления: группы открытого типа, ориентированные на образовательные задачи или на структурирование травматических воспоминаний (работа в «там и тогда»); группы, имеющие заданную структуру, ориентированные на конкретную задачу, на выработку навыков совладания с травмой, на работу с интерперсональной динамикой (работа «здесь и теперь»). Многочисленные направления групповой терапии охватывает когнитивно-бихевиоральные, психолого-образовательные, психоаналитические, психодраматические группы, группы самопомощи, Юнгианского анализа сновидений, арт-терапии и множество других видов групповой терапии. Одной из таких видов является разработанная программа, представляющая собой психолого-образовательную группу, в которой используются религиозные и другие ритуалы для оказания помощи ветеранам войны. Предполагается, что обращение человека к религиозным ритуалам позво-

ляет восстановить чувства стабильности, предсказуемости мира и контроля, которые оказываются нарушенными в результате травматизации. Работа группы организована по аналогии с 12-шаговой, состоящей из 12 ступеней методикой лечения анонимных алкоголиков. Терапия состоит из следующих этапов:

1. Осознание симптомов;
2. Поиск помощи;
3. Обращение к Богу (в индивидуально понимаемом смысле);
4. Фаза действий;
5. Ежедневная молитва и медитация (Silver & Wilson, 1988; Meichenbaum, 1994).

Психофармакологическая терапия имеет самостоятельное значение, а кроме того, устраняя наиболее острые симптомы ПТСР, облегчает проведение психотерапии и способствует успеху реабилитационных мероприятий. Реабилитационные мероприятия предполагают наличие социальной поддержки со стороны общества (и, что особенно важно, со стороны группы наиболее близких людей), восстановление прежнего социального статуса (или его сохранение, если он был нарушен), предоставление возможности обеспечить себе прочное материальное положение.

Соблюдение этих принципов способствует переоценке травматического опыта и успешной социальной интеграции. Следует отметить, что реабилитационные мероприятия не могут заменить психо- и фармакотерапию, но их отсутствие существенно затрудняет лечение ПТСР, может приводить к отказу от терапии с последующим усилением десоциализации.

Реабилитация ветеранов боевых действий, получивших «двойную инвалидность» в результате воздействия как физической, так и психической травматизации, — сложный и трудный процесс. Он должен включать в себя все вышеназванные его аспекты и, кроме того, специфические для каждого вида физической травмы методы лечения. Все это требует тщательной и детальной, строго индивидуализированной программы реабилитации каждого инвалида-ветерана, которая должна реализовываться хорошо подготовленными специалистами-профессионалами.